337

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 juillet 1908, à 1 heure

Par **A. BERKOVITCH**

Né à Krimskaïa (Caucase, Russie) le 30 août 1883

DE

L'OBÉSITÉ D'ORIGINE GÉNITALE

CHEZ LA FEMME

(RAPPORTS AVEC L'ADIPOSE DOULOUREUSE)

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*

Juges : MM. GILBERT et AL. ROBIN, *professeurs.*
RENON, *agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1908

337

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 *juillet* 1908, *à* 1 *heure*

Par **A. BERKOVITCH**

Né à Krimskaïa (Caucase, Russie) le 30 août 1883

DE

L'OBÉSITÉ D'ORIGINE GÉNITALE

CHEZ LA FEMME

(RAPPORTS AVEC L'ADIPOSE DOULOUREUSE)

Président : M. DIEULAFOY, *professeur.*

Juges : MM. GILBERT et AL. ROBIN, *professeurs.*
RENON, *agrégé.*

ACAD. MED. BAT. BIBL.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*

(Anciennement : rue, 26 Monsieur-le-Prince)

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT.
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE PARIS

M. LE DOCTEUR J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

Stage chirurgical, 1904-1905.

M. LE PROFESSEUR HAYEM

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

Stage médical, 1905-1906.

M. LE PROFESSEUR TERRIER (*in memoriam*)

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

Stage chirurgical, 1906.

M. LE PROFESSEUR BUDIN (*in memoriam*).

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Stage d'obstétrique, 1906-1907.

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

PROFESSEUR DE DERMATOLOGIE

Stage de spécialité, 1907.

M. LE DOCTEUR WIDAL

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE COCHIN

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

A M. LE DOCTEUR P. CARNOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DOCTEUR ÈS SCIENCES
MÉDECIN DES HÔPITAUX

En témoignage de ma très vive reconnaissance des conseils et des encouragements.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE
MÉDECIN DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

INTRODUCTION

Au début de 1908, notre maître, M. le professeur agrégé P. Carnot nous suggéra l'idée d'un travail sur l'obésité génitale chez la femme. Nous avons étudié avec soin les différents travaux qui ont été publiés sur cette question, et nous sommes parvenu à réunir un certain nombre des documents intéressants dont nous présentons aujourd'hui l'analyse en y joignant nos observations personnelles.

La question de pathogénie de l'obésité chez la femme devient plus facilement compréhensible depuis qu'on connaît mieux la physiologie de l'ovaire, de la menstruation et leur influence sur la nutrition générale. L'importance de cette glande dans la genèse de l'obésité a été démontrée par toute une série de recherches expérimentales et cliniques. Lorand (de Carlsbad) et Carnot ont insisté sur l'obésité glandulaire en général (l'obésité endogène, par opposition à l'obésité alimentaire qui serait exogène) et surtout

sur l'obésité d'origine génitale et d'origine thyroïdienne.

Dans ses importants travaux sur l'insuffisance ovarienne M. Jayle a isolé en outre un type nutritif et plus principalement un type adipeux.

Glaevecke, Jayle et beaucoup d'autres ont attiré l'attention sur la fréquence de l'obésité après oophorectomie double.

Sicard et Roussy, parmi les premiers, ont insisté sur l'origine génitale de l'adipose douloureuse. Ces auteurs ont publié deux observations de syndrome de Dercum comme suite d'ovariotomie.

Enfin M. Sicard et nous-mêmes avons présenté dernièrement à la Société médicale de Paris une troisième observation analogue.

Nous analysons à la fin de notre travail un certain nombre d'observations de maladie de Dercum, les plus typiques au point de vue du rapport qui existe entre certains troubles sérieux de la fonction génitale de la femme et l'apparition de l'adipose douloureuse.

Nous tenons à remercier ici M. le Dr Jayle, assistant de l'hôpital Broca, et M. le Dr Sicard, professeur agrégé, médecin des hôpitaux qui se sont intéressés à notre travail et nous ont fourni de précieux renseignements.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Tous les médecins qui étudiaient l'obésité en général en parlant de l'obésité de la femme attachaient une grande importance à l'état de la fonction menstruelle.

Hippocrate avait déja remarqué ce fait de la coïncidence fréquente de l'obésité avec des troubles menstruels.

« Quant aux femmes, la cause de la stérilité c'est l'embonpoint ; la matrice ne peut plus saisir la liqueur séminale ; car l'écoulement menstruel, loin de s'opérer avec une régularité nécessaire, est peu abondant et séparé par de longs intervalles, et l'orifice de l'utérus fermé par la graisse, n'admet pas la semence... Ajoutez à cela l'indolence de ces femmes, leur embonpoint, le relâchement du ventre, toutes ces causes réunies doivent nécessairement rendre les Scythes peu féconds. Leurs esclaves femelles donnent une grande preuve de la vérité de cette explication :

elles n'ont pas eu plutôt commerce avec un homme qu'elles deviennent grosses et cela parce qu'elles travaillent et elles sont plus maigres que leurs maîtresses » (*Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad. par E. Littré, t. II, § 21, p. 75).

« Chez celles qui, ayant un embonpoint extraordinaire, ne conçoivent pas avant d'avoir maigri » (*Aphorisme*, XLVI, 5e sect., trad. E. Littré).

Gallien croit que chez les femmes polysarques la semence est ténue et stérile, ce qui fait qu'elles sont rarement fécondes.

Sennert admet pour cause prochaine de l'obésité, l'excès d'un bon sang. D'après lui, le repos dans lequel on ne consume que peu de sang, surtout chez la femme, lorsque l'écoulement menstruel est suspendu, est encore une puissante cause de polysarcie

Walter compte parmi les causes prochaines de l'obésité la castration, la cessation des règles avant l'époque ordinaire, la stérilité.

Dans son *Traité de la polysarcie* publié en 1811, Maccary insiste beaucoup sur l'influence des excès génitaux dans l'origine de l'obésité.

« Les exemples des libertins et des filles prostituées, qui, après avoir passé leur jeunesse dans l'abus des plaisirs, ont reformé leurs habitudes vicieuses, et sont devenus polysarques, par suite de ce changement, ne sont point rares. Selon Walter, Lorry et Weikard le mariage prédispose à l'obésité des personnes maigres.

Bontius (*de med. Égyp.*, chap. 9, p, 15) dit que

les Egyptiens sont souvent polysarques parce qu'ils se livrent aux excès de Vénus. J'ai connu un jeune homme amoureux qui maigrit par la violence de sa passion , il devint obèse aussitôt qu'il eut obtenu l'objet de son amour. Combien de filles qui devenues très maigres par l'effet de la masturbation, ont acquit un embonpoint extraordinaire après avoir été mariées. » (Maccary, p. 83).

Plus loin, le même auteur écrit ceci :

« On sait combien le coït affaiblit, combien maigrissent ceux qui en abusent, et je ne puis m'empêcher d'en recommander l'usage d'après les bons effets que j'ai observé chez un polysarque. Tout le monde sait qu'un bon coq ne devient jamais gras. Cœlius Aurelianus ordonnait le coït avant le dîner, après le bain, voulant que ce même jour on se nourisse assez mal, que l'on joue à l'escarpolette, que l'eau pure soit la seule boisson, qu'enfin on prenne un vomitif après lequel il permet le soir un peu de vin. Je dois cependant faire observer qu'ordinairement les polysarques ne sont point portés aux plaisirs de femmes, et que dans quelques circonstances on a vu engraisser ceux qui se livrent au coït. » (Maccary, p. 128),

Dardonville dans sa *Dissertation sur l'obésité* (thèse de Paris, 1811) rapporte deux observations où le flux menstruel peu abondant a déterminé un embonpoint extrême.

« J'ai observé deux demoiselles qui en avaient un considérable, l'une âgée de 18 ans avait commencé à être réglée à 14 ans ; le flux menstruel coula peu

abondamment jusqu'à la dix-neuvième année, mais après cette époque les règles étant devenues plus considérables, sa corpulence diminua de moitié dans l'espace d'un an.

« L'autre étant mariée, les règles sont devenues plus abondantes qu'auparavant ; l'embonpoint qui augmentait depuis cinq ans avait diminué d'une façon remarquable après son mariage.

« Le flux menstruel trop considérable peut aussi déterminer une faiblesse générale, occasionner la maladie qui nous occupe. J'ai observé dans le département du Calvados une femme extrêmement jolie, atteinte d'un grand embonpoint, lequel gêne beaucoup la malade lorsqu'elle marche. Les règles sont très abondantes. Elle a fréquemment des hémorragies nasales et une leucorrhée très abondante qui est parfois d'une couleur rougeâtre...

« L'absence des règles pendant la gestation fait augmenter l'embonpoint. Mme Lecl..., rue des Juifs, éprouve ce changement pendant ses grossesses et maigrit lorsqu'elle n'est pas enceinte, quoiqu'elle n'allaite pas ses enfants ».

Maccary rapporte l'histoire d'une Vénitienne, rendue célèbre par la grande quantité de sang qu'elle perdait tous les mois par ses règles (165 onces) et qui en outre se faisait saigner plusieurs fois dans l'année, cette femme avait atteint un degré de polysarcie extrême.

Chez les jeunes filles obèses la menstruation commence habituellement de très bonne heure, à l'âge de

7 ans dans un cas rapporté par Schœffer, à 2 ans chez deux fillettes observées par Percy et Chambers.

Dans le *Traité de gynécologie* du professeur Pozzi est citée l'observation suivante de Wallentin :

« Enfant réglée depuis l'âge de quinze mois, développement des mamelles et des organes génitaux externes. L'enfant était extraordinairement grande pour son âge ; à 6 mois 1/2 elle avait une taille de 1 m. 24, poids de 28 kilogrammes tandis que les chiffres sont pour un enfant de 6 ans, taille 1 mètre et poids 19 kilogrammes. »

Le fait que l'aménorrhée ou la diminution du flux menstruel était souvent accompagnée du développement de l'embonpoint, en particulier au niveau de l'abdomen, ne pouvait échapper à l'attention des anciens accoucheurs. On trouve de pareilles observations chez Mauriceau, De la Motte et beaucoup d'autres.

« Il est assez commun, dit M. Depaul, que je sois consulté par des femmes qui se croient enceintes parce qu'elles ont vu leur ventre se développer, leurs seins grossir, leurs règles se supprimer. Après l'examen, je trouve qu'elles sont affligées de l'obésité du ventre. » (*Leç. clin.*, 2 fév. 1874.)

Cette question était étudiée par Glais dans sa thèse sous le nom de « grossesse adipeuse » en 1875. Sur 12 cas qu'il publie il y en a 7 où les femmes ne sont pas réglées du tout ; 3 où les règles sont moins abondantes ; 1 où elles ne sont pas modifiées ni en quantité, ni en qualité, un autre où elles sont plus

abondantes qu'à l'ordinaire. Sur 13 cas il y a 7 nullipares, deux qui n'ont eu qu'un enfant, et les autres plusieurs. Chez 4 nullipares cette grossesse adipeuse se montre au bout d'un à deux ans de mariage. Cet auteur pense que l'union conjugale n'est pas sans influence sur cet état : « Il n'est pas bien rare de voir des femmes qui, étant filles, étaient maigres et délicates, prendre au bout de quelque temps de mariage, un embonpoint assez considérable. »

Nous avons aussi observé un cas de ce genre d'obésité chez une multipare.

Tous les auteurs, après Hippocrate, ont rangé la *stérilité* parmi les infirmités qu'occasionne très souvent le trop grand embonpoint. Ce fait est constaté non seulement dans l'espèce humaine, mais encore chez les femelles de tous les autres animaux, « *Ie dicker die tiere um so weniger produzieren sie* », disent les paysans allemands.

Les végétaux mêmes peuvent perdre leur fertilité par une surabondance de graisse. La plante, placée dans un terrain cultivé, où elle trouve la surabondance de nourriture, devient stérile parce que ses étamines se transforment en pétales, ce qui donne des fleurs doubles.

Nous trouvons dans le *Traité théorique et pratique de l'obésité* de Dancel les remarques suivantes :

« Les cas d'anaphrodisie plus ou moins complète sont presque endémiques en Orient, en Égypte, dans les Indes Orientales, dans l'Amérique intertropicale, dont la plupart des habitants sont surchargés de

graisse. Hippocrate cite ceux de Phase, pays marécageux, où les hommes étaient mous, gonflés de lymphe, comme étant presque tous impuissants ; beaucoup se croyaient métamorphosés en femme dont ils prenaient des habits » (Dancel, p. 309). Pour qu'une femme soit apte à la conception, il est en général nécessaire qu'elle soit réglée ; et il constate que les femmes maigres qui sont presque toujours fertiles, perdent beaucoup plus de sang que les femmes grasses.

« Diminuer l'embonpoint des femmes grasses et stériles c'est donc les placer dans une condition favorable à la conception. J'ai vu plusieurs cas qui viennent à l'appui de ce précepte » (Dancel, p. 308). L'auteur en cite deux.

« Quand on songe à l'embonpoint qu'acquièrent les individus dont le génésique est paresseux ou s'éteint avant l'âge, on se demande s'il ne conviendrait pas mieux de considérer *l'obésité comme un signe d'impuissance*, au lieu d'en faire un état pathologique dont l'anaphrodisie est un symptôme. Les deux affections, en effet, peuvent être tour à tour cause et effet l'une de l'autre » (F. Roubaud, *Traité de l'impuissance et de stérilité chez l'homme et chez la femme*, Paris, 1855, p. 263).

L'obésité pour cet auteur n'est pas toujours le résultat d'une nutrition vicieuse, mais une discrasie spéciale : dans ces cas il y a toujours l'impuissance et les organes génitaux sont atrophiés. Dans l'obésité à la suite de l'alimentation, les mêmes organes con-

servent leur volume normal et ces individus ne sont pas stériles.

La relation qui lie l'obésité à certaines *maladies sexuelles* a été étudiée par Kisch en 1867. Il a observé 215 cas où il a pu établir cette relation. C'était surtout les anomalies de la menstruation : règles peu abondantes et aménorrhée, plus rarement la ménorrhagie, puis la leucorrhée, les métrites chroniques, les flexions et les déplacements de l'utérus, la stérilité.

Sur ces 215 cas il a noté 208 anomalies de la menstruation qui ont été ou cause ou effet d'une obésité. Nous publions ici deux de ces observations de Kisch (n°s XI, XII).

F. Jayle dans ces travaux sur *l'insuffisance ovarienne* a isolé un *type nutritif*, et plus particulièrement un *type adipeux*.

Ces femmes augmentent d'autant plus de poids qu'elles ont une mine d'autant meilleure, qu'elles souffrent davantage. Il s'agit en général d'une insuffisance acquise. Une femme, à la suite d'une blennorragie ou d'un accouchement commence à souffrir du ventre ; les règles deviennent rares et douloureuses ; en même temps l'adipose paraît et la malade augmente de 20, 30, 40 livres et davantage. A l'examen gynécologique on constate peu de lésions, ou même on ne trouve rien. « En considérant ces malades comme des insuffisantes au point de vue de la sécrétion ovarienne, on obtient rapidement un excellent résultat thérapeutique. »

Lorand dans ses études sur la pathogénie de l'obésité indique deux causes principales :

1) Obésité *exogène* causée par la suralimentation, par l'ingestion de grandes quantités d'aliments riches en calories et d'un autre coté par leur combustion défectueuse, à la suite d'un manque d'exercice corporel.

2) Obésité *endogène* due à la dégénérescence de certaines glandes vasculaires sanguines, la thyroïde, les ovaires, les testicules et l'hypophyse qui ont le rôle de gouverner les processus d'oxydation dans notre organisme.

Pour cet auteur cette dernière variété de l'obésité peut être causée par tous les agents nuisibles aux glandes mentionnées. Ainsi par les maladies infectieuses chroniques, par les excès sexuels, la castration, par les grossesses fréquentes, l'alcoolisme et surtout la sénilité.

D'autre part, Metchnikoff, Matchinsky dans leurs expériences physiologiques sur l'atrophie des ovules dans les ovaires des mammifères ont démontré qu'après les cellules nerveuses les ovules sont les moins résistantes vis-à-vis des différents poisons et toxines.

Lorand, en établissant la classe d'obésité glandulaire a attiré l'attention sur les différences dans les symptômes cliniques de l'obésité éxogène et de l'obésité endogène.

Les personnes de la première catégorie sont généralement rouges, pléthoriques, elles transpirent facilement et ne sont jamais constipées ; alors que les

personnes de la seconde catégorie sont généralement pâles, leur graisse est une graisse différente, c'est comme du lard et de là il appelle les cas typiques de cette catégorie « obésité lardacée ». Ces personnes ont toujours froid et elles ne transpirent jamais. Elles souffrent d'une constipation opiniâtre.

Carnot, dans ses leçons sur l'obésité a noté l'importance de l'obésité génitale, surtout chez la femme.

Enfin, Richardière et Sicard, dans leur chapitre sur l'obésité (*Traité de Brouardel et Gilbert*) trouvent que Lorand et Carnot ont insisté à juste titre sur l'obésité glandulaire en général.

CHAPITRE II

CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES DANS LESQUELLES ON OBSERVE L'OBÉSITÉ GÉNITALE

A. — Obésité aux différents stades de la vie génitale de la femme

Nous étudierons ici les types d'obésité génitale dans l'ordre indiqué par M. Carnot :

a). — Un premier type d'obésité génitale constaté chez la femme est l'*obésité de la puberté*. A cette époque de la vie le tissu adipeux se développe abondamment chez la jeune fille ; il remplit les interstices musculaires, émousse les saillies osseuses et contribue par sa répartition à assurer la finesse des formes et la pureté des lignes. Lorsque la fonction menstruelle s'établit régulièrement, la jeune fille conserve son embonpoint physiologique. Mais souvent des jeunes filles anémiques ou chlorotiques engraissent considérablement, au moment de la puberté, elles sont

peu ou mal réglées d'autre part, et, chez elles l'obésité disparaît plus ou moins vite, dès que le flux menstruel s'est établi d'une façon régulière.

Les recherches sur la *physiologie de la menstruation* ont démontré que le flux cataménial augmente les oxydations de l'organisme et active les phénomènes de nutrition. Keller dans un important travail nous montre que la menstruation n'est que le symptôme d'un mouvement périodique qui parcourt la vie de la femme et intéresse toutes ses fonctions. L'examen de la nutrition le prouve notamment en ce qui concerne les matériaux azotés. C'est à peu près au *milieu des deux époques menstruelles* que les produits de désassimilation de matériaux azotés: l'azote total, l'urée, les matières extractives azotées, l'acide urique atteignent leur *minimum.* Tous ces éléments prennent une marche ascendante jusqu'à la fin de la menstruation, qui marque le commencement de la descente. Le poids du corps suit les mêmes variations. Il figure sensiblement une onde où le plan inférieur coïncide avec l'intervalle de deux époques et dont le point culminant est à la fin de la menstruation.

La réalité de cette onde cataméniale de la nutrition générale est encore confirmée par Vereecke.

D'après cet auteur, pendant la période prodromique de la menstruation la diurèse diminue : l'organisme retient l'eau de circulation qui augmente la masse sanguine destinée à congestionner l'appareil utéro-ovarique ; il se développe ainsi un certain de-

gré de pléthore hydrique se traduisant par la bouffissure de la face ; le teint pâle et terne. Coïncidant avec l'établissement du flux menstruel on observe une diurèse profuse pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. L'élimination de l'urée, des phosphates suit les fluctuations de la diurèse.

Le sang des règles peut être considéré comme une voie d'émonction.

Les recherches entreprises d'abord par P. Carnot, ensuite par Charrin, ont démontré que la toxicité du sérum est en croissance au moment où les règles vont survenir et qu'après leur apparition, tout rentre dans l'ordre.

Le sang des menstrues est très toxique. Cette toxicité est due probablement à la présence de l'arsenic et de l'iode. Cette démonstration est faite par les importants travaux de M. le professeur A. Gautier : « L'arsenic et l'iode de la thyroïde, dit cet auteur, s'éliminent chaque mois par les règles, le flux menstruel a pour origine et raison d'être une sorte de déplétion des principes arsenicaux et iodés de la glande thyroïde. »

Les anciens, déjà voyaient dans le sang menstruel un sang de déchet, un sang vicié.

« A d'aucunes, dit Ambroise Paré, le sang menstruel ne s'écoule... Si que ne pouvant sortir, regorge en la masse sanguinaire qui s'altère et corrompt, faulte d'être évacuée... d'où procèdent les palles couleurs. »

Spillmann, Étienne et Demange admettent que dans la chlorose il se produit un trouble des fonctions ova-

riennes. On voit cesser l'ovulation et secondairement le flux menstruel, cesse enfin la sécrétion interne dont le produit ne jouera plus son rôle antitoxique sur les déchets de la nutrition. Comme conséquence, l'intoxication de l'organisme se manifeste par les signes de la chlorose. La sécrétion interne de l'ovaire ne se produisant plus, l'oxydation des produits excrémentiels ne peut plus se faire, les auto et hétérotoxines ne peuvent plus être détruites. Il se fait un empoisonnement progressif de l'organisme, et probablement une insuffisance d'oxydation des substances organiques phosphorées, des carbures d'hydrogène et des graisses. Et comme conséquence de ce ralentissement de nutrition générale on voit apparaître l'obésité. Quelquefois ce n'est pas une surchage graisseuse, mais un œdème élastique qui ne conserve pas l'empreinte du doigt. C'est ce que le vulgaire appelle du nom de « chair flasque » Cet «œdème se montre surtout à la face particulièrement le matin, quelquefois autour de malléoles où il augmente le soir, exceptionnellement aux mains ou sur toute l'étendue du corps » (Gilbert).

Ce phénomène était remarqué depuis longtemps.

« On voit parfois, dit Legroux, des infiltrations se développer à la suite d'un arrêt de règles » (*Dictionnaire encyclop.*, art. *Œdème*). Auparavant les auteurs du *Compendium* parlent d'une anasarque « chez les jeunes filles qui ont peine à être réglées, ou qui après l'avoir été quelque temps, éprouvent une suppression menstruelle; chez des femmes qui pour quelque cause

particulière ont rapidement perdu leurs règles, surtout avant le temps prescrit par la nature ».

P. Dalché a publié en 1901 sous le nom de « pseudo-myxœdème » deux observations de femmes présentant des troubles de l'insuffisance ovarienne. Cette forme se rapproche beaucoup de la chlorose avec œdème. Nous reproduisons plus loin ces deux observations (VII, VIII)

b). — Nous étudierons maintenant un autre type de l'obésité génitale constaté chez la femme, *l'obésité post-nuptiale* qui survient aussitôt après le mariage: peut-être l'hyperfonctionnement de l'ovaire en provoque l'épuisement; peut-être le mariage, par suite d'infections utéro-ovariennes consécutives, provoque-t-il une insuffisance ovarienne fonctionnelle? M. Carnot a cité une observation de l'obésité post-nuptiale qui s'était développée peu après le mariage; la femme ne put ultérieurement avoir d'enfant. Chez les prostituées on connaît la fréquence de l'obésité, pour laquelle Parent-Duchâtelet invoque d'autres mécanismes, notamment la suralimentation, l'oisiveté et l'alcoolisme. Inversement, la continence provoque chez la femme, tantôt une grande maigreur et tantôt un sérieux embonpoint.

Sur 13 cas de grossesse adipeuse Glais rapporte quatre observations de nullipares qui ont pris un embonpoint un à deux ans après leur mariage.

c). — Un autre type beaucoup plus fréquent chez la femme est *l'obésité maternelle*; très fréquemment dès les premiers mois de la grossesse, les femmes

enceintes augmentent de poids, épaississent leur derme et font, un peu partout, dans le foie notamment des réserves considérables. Mlle C. Deflandre dans sa thèse soutenue à la Faculté des Sciences en 1903 a pu constater l'exagération de la fonction adipo-hépatique au moment de la reproduction. Elle a étudié ce phénomène dans toute la série animale.

A. Turenne (de Montevideo) a insisté sur l'insuffisance hépatique et l'insuffisance ovarienne dans l'intoxication gravidique. Si l'on examine les différents appareils de la femme enceinte il est facile de constater que toutes les modifications qu'on y observe correspondent à celles que l'on observe chez la femme castrée : le ralentissement des oxydations, la diminution des urines, la tendance à l'obésité, l'envahissement de tous les organes par la graisse, les troubles nerveux. C'est en se basant sur ces considérations que M. le professeur Charrin était arrivé à conclure que pendant la grossesse l'ovaire est dans une sorte de sommeil physiologique. Anatomiquement, d'ailleurs, et au moins pour le début le fait a été constaté ; à l'exception du corps jaune qui semble seul en activité, le reste de la glande est fortement anémié ; cet état constrate même d'une façon frappante avec la turgescence du reste de l'appareil génital.

Pour Bouchard, chez la femme pendant toute sa vie génitale les oxydations sont ralenties, mais surtout pendant la gestation, qui est pour lui une des causes les plus fréquentes de l'obésité. Sur 51 femmes

observées 8 avaient pour cause de leur obésité différentes maladies aïgues et chroniques, et 39 des modifications génitales :

Apparition des menstrues . . .	3
Dysménorrhée	1
Mariage	8
1re grossesse	17
2e —	5
3e —	2
4e —	2
Ménopause	1

« Vous pouvez remarquer, dit Bouchard, que plus de trois quarts des femmes sont devenues obèses à l'occasion de l'un des actes de la vie génitale. Chez l'homme l'activité génitale produit plutôt l'amaigrissement. La continence et la castration engendrent l'obésité. »

On voit par cette statistique que sur l'ensemble de 51 femmes obèses il existe 17 cas où l'obésité a débuté immédiatement après la première grossesse, c'est-à-dire dans un tiers des cas.

Quelquefois les dépôts adipeux peuvent rétrocéder après la grossesse ou devenir le point de départ d'une obésité qui progresse après la gestation et surtout après l'allaitement.

Maurel insiste, à juste titre sur l'influence du sevrage et fait entrer pour une part importante dans

la genèse de l'obésité une cessation brusque du nourrissage.

« L'influence du *nourrissage* est autrement marquée. La grossesse au point de vue des organes digestifs, a preparé la femme à son rôle de nourrice.

« L'allaitement d'un enfant moyen, pendant le premier mois va lui demander sensiblement la même quantité d'azotés, mais en plus 16 grammes de corps gras et 20 grammes de lactose. Ces quantités augmenteront ensuite graduellement ; et à la fin du dixième mois, l'enfant pesant de 8 à 9 kilogrammes, ce qui exigerait, pour un allaitement exclusivement au sein, 800 à 900 grammes de lait, la quantité d'aliments qui devra être ajoutée à la ration d'entretien de la mère atteindra 18 grammes d'azotés, 40 grammes de corps gras et 50 grammes d'hydrate de carbone.

« Or, on le conçoit même avec un sevrage graduel, qui on le voit s'impose dans l'intérêt de la mère comme dans celui du nourrisson, ce n'est qu'après un certain temps que les organes digestifs pourront perdre l'habitude d'exiger, pour être satisfaits, une quantité d'aliments qui dépassait des deux cinquièmes celle qui devient désormais suffisante pour l'entretien : 2 lit. 50 de lait au lieu de 3 lit. 50. Aussi dans ces conditions, la surnutrition, au moins pour un temps, est-elle à craindre ; et si la femme toujours préoccupée de son esthétique, n'y remédiait, l'obésité serait générale et aussi très rapide; car la mise en réserve pourrait atteindre 75 grammes des corps

gras par jour, soit plus de 2 kilogrammes par mois ! » (Maurel).

d). — Enfin, un autre type bien connu de l'obésité chez la femme est l'*obésité de la ménopause ;* très fréquemment, en effet, c'est aux environs de la cinquantaine et coïncidant avec la diminution, puis la cessation de l'activité ovarienne que s'installe l'obésité tardive de la femme : très souvent les femmes se plaignent à la fois de bouffées de chaleur, de suffocation, de crises de congestion et d'une augmentation sensible de leurs dimensions.

« Mais cette obésité doit-elle recevoir la même explication que celle qui suit la grossesse et surtout le nourrissage ? On serait tenté de le croire, puisque, en réalité, chaque mois l'organisme de la femme après la suppression des règles peut être considéré comme s'enrichissant du sang qu'il ne perd plus. Évidemment cette suppression de la perte menstruelle doit être pour une part dans ce résultat ; mais cette part est bien faible.

« En somme, en évaluant cette hémorragie à 150 grammes ce qui paraît être la moyenne, on ne peut guère porter à plus de 30 grammes les albuminoïdes de ce sang. C'est donc tout au plus 1 gramme par jour, dont bénéficierait l'organisme de la femme, soit 6 fois moins que pour la grossesse et 75 fois moins que pour le nourrissage. La suppression de cette hémorragie doit bien en grande partie expliquer les symptômes de pléthore qui sont si fréquents à cette époque » (Maurel).

Par conséquent, dans cette forme d'obésité génitale comme d'ailleurs dans toutes les autres, la surcharge graisseuse n'est pas due à la suppression du flux menstruel, mais à un trouble dans la fonction de la glande ovarique et en particulier de sa sécrétion interne qui régularise les oxydations de l'organisme de la femme.

B. — Obésité des ovariotomisées

Avant d'aborder la question de l'obésité, comme une des conséquences de la ménopause artificielle post-opératoire, nous voudrions indiquer quelques *faits expérimentaux* sur la castration des femelles et surtoutsur son influence sur la nutrition générale.

Parmi les femelles domestiques, la truie et la vache sont celles que l'on soumet le plus souvent à la castration. L'habitude de châtrer la truie remonte à la plus haute antiquité. Les jeunes truies qui ne doivent pas être livrées à la reproduction sont opérées vers l'âge de six mois. Par ce moyen on évite l'apparition des chaleurs qui sont fréquentes et d'une violence excessives chez ces femelles ; on accroît l'activité des facultés digestives et assimilatrices de telle sorte que la bête engraisse beaucoup plus vite. A l'autopsie on trouve un arrêt de développement des voies génitales et l'atrophie de la matrice.

Beaucoup mieux que les autres l'organisme de la

vache subit l'influence de la castration et d'autant plus que l'opération a été faite chez des bêtes plus jeunes. Mais en règle général l'ovariotomie n'est pratiquée que chez les vaches adultes, après un ou plusieurs vêlages, lorsque l'animal ne devant plus ou ne pouvant plus porter, on songe à augmenter ses propriétés laitières et sa propension à l'engraissement.

D'après un grand nombre d'observations on peut dire qu'une vache avariotomisée donne au moins dans l'année qui suit l'opération, de 1.300 à 1.400 litres de lait de plus qu'auparavant.

Il existe des exemples beaucoup plus remarquables : Flocard, de Genève a observé une vache de race fribourgeoise, châtrée deux mois après le vêlage, avec 14 litres de lait par jour, qui a mis sept ans pour descendre à 8 litres, tandis qu'une vache non ovariotomisée dans des conditions ordinaires commence à donner 10 litres de lait par jour pendant le premier mois, diminue peu à peu et cesse généralement au bout de huit mois.

Dès les premiers jours qui suivent l'opération, la qualité du lait s'améliore au point que la *proportion de beurre peut doubler ;* la caséine, les sels et la lactose augmentent également. Lorsque la quantité de lait que donne chaque vache opérée commence à décliner, une compensation s'observe du côté de la stéatopoïetèse ; la bête *engraisse* avec une remarquable facilité, acquiert rapidement un embonpoint considérable (*Diction. de physiol.*, p. 476-497).

Les mêmes effets de l'ovariotomie ont été observés par Oceanu et Babès chez une chèvre.

Il est hors de doute que la castration a un retentissement considérable sur la nutrition ; les individus privés de leurs glandes génitales paraissent manquer d'un stimulant utile à l'activité de leurs échanges nutritifs ; il y a chez eux une propension considérable à l'accumulation de la graisse, accumulation qui doit se faire d'autant mieux que le sujet n'a rien à dépenser pour les fonctions de reproduction et dispose tous ses matériaux pour ses fonctions de nutrition.

Les travaux de Brown-Sequard démontrent le principe incontestable des sécrétions internes des glandes génitales, il leur attribue une part considérable dans la stimulation de la nutrition.

Curatullo et Tarulli se sont occupés spécialement de la question de l'influence de l'ovaire sur les échanges nutritifs.

Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

« Les ovaires, comme les autres glandes de l'organisme, suivant la doctrine de Brown-Sequard, possèdent une sécrétion interne. Ils envoient continuellement dans le sang un produit de composition chimique tout à fait inconnu et qui possède pour caractère essentiel *de favoriser l'oxydation de substances organiques phosphorées, des hydrates de carbone et des graisses.* Lorsque la fonction manque, soit après l'ablation des ovaires, soit après la ménopause ou avant la puberté, il y a rétention plus

grande du phosphore organique, d'où une plus grande accumulation de sels calcaires dans les tissus du squelette, d'où également l'engraissement. »

Fédoroff a pensé trouver dans le sang des règles et dans le sang de l'époque prémenstruelle les ferments spéciaux dont parlait Brown-Sequard et d'Arsonval. Cet auteur fit des extraits glycérinés de la muqueuse utérine, des glandes mammaires, des ovaires, et des solutions aqueuses du précipité alcoolique de l'extrait glycériné des règles. Il chercha à déterminer leur influence sur le système vasculaire. Tous ces produits ont agi de la même façon : ils ont abaissé la tension sanguine dans la carotide du lapin, ont accéléré les battements cardiaques et augmenté les mouvements respiratoires.

Lœwy et Richter ont montré que chez la chienne la castration diminue les échanges respiratoires d'environ 20 0/0 ; ces échanges remontent à leur taux antérieur après l'administration de l'extrait de l'ovaire.

La formule urinaire des animaux et des femmes castrées suit les mêmes changements. Curatullo et Tarulli, Berger, etc., s'accordent à reconnaître un ralentissement de phosphaturie. De même, Jardry a démontré qu'il existe une diminution notable de l'azote uréique avec augmentation parallèle de l'azote incomplètement oxydé. Le rapport azoturique est très régulièrement et très notablement abaissé.

La théorie de sécrétion interne de l'ovaire trouve une base sérieuse dans les constatations histologi-

ques récentes bien étudiées dans la thèse de Limon. Il existe dans l'ovaire une véritable glande interstitielle (Bouin) dont les cellules sont gorgées d'enclaves graisseuses. Cette graisse offrant quelques caractères histologiques particuliers, M. Lambert s'est demandé si elle ne contiendrait pas de la lécithine, d'où la possibilité d'expliquer la diminution de l'excrétion de l'acide phosphorique observée à la suite de l'ablation des ovaires.

D'après cet auteur la glande ovarique enléverait peut-être normalement à l'organisme une certaine quantité de lécithines (utilisées pour la formation de l'œuf), qui, après la castration, auraient des tendances à s'accumuler.

Lambert n'a pas fait l'observation directe sur des coupes de l'ovaire, mais l'extrait éthéré de cet organe évaporé et incinéré lui a donné nettement la réaction des phosphates.

Il semble donc que la castration agisse par l'intermédiaire de la nutrition générale. Quant au mécanisme de cette action, on peut supposer que les glandes génitales, par leur secrétion interne activent les combustions intra-organiques.

Alors que la castration masculine est une coutume ancienne, entrée même dans les mœurs de certains peuples et destinée a supprimer chez des individus les fonctions génitales dans un but social que nous n-avons pas à examiner ici (ennuques, gardiens de harem, érastomanie, scoptzi, chanteurs-castrats), la castration féminime ou oophorectomie au contraire

est une opération relativement récente, purement chirurgicale, et dont le but est d'extirper un organe malade ou douloureux.

La première observation qui était publié sur les résultats éloignés appartient à Percival Pott et elle date de 1790. Parlant d'une de ces opérées cet auteur ajoute qu'elle jouit toujours depuis son opération d'une santé excellente présentant simplement un peu d'augmentation du tissu graisseux et du tissu musculaire, et que depuis plusieurs années ses règles n'ont pas reparu.

En 1871, Bailly rapporte l'histoire d'une malade, âgée de 32 ans, chez laquelle de 90 livres, son poids avait passé à 250 après l'ovariotomie. Mais cette obésité n'était pas simple, elle était douloureuse. Nous publions ici cette observation, elle est très intéressante, nous la considérons comme la première observation d'adipose douloureuse, après la castration.

Péan, qui niait les troubles dus à la ménopanse artificielle post-opératoire, a noté aussi la tendance à l'embonpoint

Glaevecke trouve que chez 35 0/0 de ces malades l'embonpoint est moyennement développe, l'augmentation du poids est en général de 17 livres et s'élève jusqu'à 31, 33 et 40 livres,

Dans la moitié des cas l'obésité est encore plus considérable· C'est seulement dans 7,5 0/0 de cas que cet auteur ne trouve pas de modification.

Enfin Jayle, à la suite de consciencieux examens de soixante-seize opérées, suivies pendant une période

de quatre années donne la statistique suivante : « sur 42 castrations ovariques 10 ont pris de l'embonpoint, 4 d'une façon notable et très incommodante ; sur 13 castrations utéroovariennes 5 ont un emoonpoint plus ou moins notable ; sur 14 castratious utérines, sans ovariotomie double totale, 3 présentent de l'adipose et 11 restent sans changement. En général, il m'a semblé que l'adipose marquée survient moins après l'hystérectomie simple qu'après l'oophorectomie. »

Cet auteur a observé deux femmes dont l'une avait atteint 200 livres et dont l'autre se trouvait doublée de poids.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*).

Chlorose avec engraissement à la puberté.

Yvonne B..., 21 ans, domestique, entrée à l'hôpital Broca dans le service du professeur Pozzi, le 3 juin 1908, pour une bartholinite.

Premières règles à 13 ans, immédiatement après longue période d'aménorrhée pendant un an et demi, puis trois nouvelles menstruations, suivies d'une suppression de règles pendant six mois. Puis les menstruations reviennent régulièrement: durent deux jours, très peu abondantes, mais avec des caillots et très douloureuses.

A 18 ans, mariage et à partir de cette époque les règles sont devenues complètement indolores. Pas de grossesse.

Pendant les périodes d'aménorrhée, à 13 ans, à l'époque de la puberté les médecins disaient que notre malade était chlorotique; elle dit qu'elle était *grosse*: la figure était bouffie, les membres inférieurs et le ventre étaient comme enflés. Boutons d'acnée sur tout le corps et la face. En même temps elle présentait des troubles dus à l'*hypofonction ovarienne*:

bouffées de chaleur, mais sans sueur, migraines avec nausées, vomissements ; somnolence continuelle ; sommeil avec cauchemars; idées tristes: inappétence ; constipation.

Mais depuis l'âge de 15 ans 1/2, époque à laquelle le flux menstruel est apparu de nouveau et s'installe définitivement, l'embonpoint a diminué notablement et les migraines ont disparu, l'acnée se localise au front.

Observation II (*personnelle*).

Embonpoint dû à l'hypofonction de la glande ovarienne

Marie G..., 22 ans, ménagère, vient à la consultation de Broca le 11 avril 1901.

Parents bien portants; sa mère a eu dix enfants. Personne dans la famille ne présente d'obésité.

Règles à 12 ans. Cdtte fonction s'est très irrégulièrement établie. La malade a eu à deux reprises de l'aménorrhée avec une première interruption des règles de trois mois et une seconde de huit mois. Depuis elle eut des menstruations irrégulières. Elles furent toujours douloureuses, peu abondantes, durant trois jours. Les règles ne furent pas modifiées par le mariage (à 19 ans).

Le 14 avril 1908 la malade vient à la consultation gynécologique du professeur Pozzi pour savoir si elle n'est pas enceinte car il y a trois mois qu'elle n'a pas de règles. Mais elle ne présente aucun symptôme fonctionnel, ni objectif de la grossesse.

Et en effet, la malade a dix jours après ses règles.

Examen général. — Les troubles dus à l'insuffisance

ovarienne sont peu marqués, mais elle est très nerveuse, émotive et irritable, elle a des cauchemars, le sens génital est peu développé, faiblesse générale.

Sa physionomie est hébétée, peu féminine : la peau est dure, infiltrée avec un léger duvet sur les joues, de teint terreux, les lèvres charnues avec des petites moustaches, les sourcils très épais et rapprochés.

La voix est rauque et masculine. Léger strabisme de l'œil gauche. Le cou n'est pas large et le corps thyroïde est de volume normal. Les seins sont peu développés, leurs mamelons sont rétractés, ombiliqués.

Depuis un an elle a remarqué qu'elle est devenue plus grosse, surtout au niveau des hanches et du ventre. A l'âge de 19 ans, époque de son mariage, elle pesait 96 livres. Actuellement son poids est de 120 livres et on peut dire, en considérant sa petite taille (1 m. 47) que c'est d'obésité du premier degré parce qu'elle présente une augmentation de 3/10 de son poids normal. L'alimentation est peu abondante, pas de troubles digestifs.

Pouls : 90.

Diagnostic gynécologique : utérus infantile et scléreux avec sclérose probable des ovaires.

Observation III (*personnelle*).

Aménorrhée périodique avec engraissement consécutif.

Louise L..., 29 ans.

Règles à 14 ans, très douloureuses, peu abondantes, durant de cinq à six jours.

Tous les hivers à partir de cette époque jusqu'à sa grossesse (à 25 ans) période d'*aménorrhée* de trois à six mois coïncidant toujours avec un *engraissement* général de 30 livres à peu près *qu'elle perdait l'été suivant :* la malade pesait en hiver 148 livres et en été 118 livres.

A cette dernière saison elle se sentait très bien : les maux de tête, les étourdissements et les bouffées de chaleur disparaissaient dès que les règles revenaient.

Les mêmes phénomènes existaient chez sa seconde sœur et sa mère.

A 28 ans salpingo-ovarite double, opération ; depuis tous les troubles consécutifs de la ménopause artificielle, mais pas d'obésité, plutôt amaigrissement.

Observation IV (*personnelle*).

Obésité après allaitement.

Julie T..., 29 ans, couturière.

Réglée à l'âge de 15 ans ; les règles sont peu abondantes, durent quatre à cinq jours ; douleurs intenses la veille et le premier jour avec des vomissements jusqu'à sa première grossesse.

Mariée à 20 ans elle a son premier enfant à 22 ans, quatre ans après un nouvel accouchement.

Délivrance artificielle et injection intra-utérine ; depuis pertes blanches, métrite.

Après le sevrage de sa seconde fille la malade a pris un embonpoint remarquable : avant l'allaitement elle pesait 130 livres et après 190 livres (taille 1 m. 72.

Troubles dus à l'insuffisance ovariennne : depuis qu'elle a engraissé, la malade souffre de céphalée pendant ses règles ; bouffées de chaleur après les repas avec sueurs ; la mémoire a faibli ; les forces ont diminué.

Diagnostic gynécologique : sclérose utéro-ovarienne avec métrite.

Observation V (*personnelle*).

Aménorrhée avec engraissement.

Sophie S..., couturière, 32 ans.

Réglée à 16 ans, régulièrement; abondamment, sans caillot, sans douleur, quatre à cinq jours.

Mariée à 16 ans 1/2, elle a eu cinq grossesses à terme : le premier enfant est né à 17 ans et le dernier à 29 ans. Cet accouchement s'est compliqué d'une fièvre puerpérale et depuis cette époque : aménorrhée complète.

Troubles dus à l'*insuffisance ovarienne* consécutifs à cette *suppression des règles :*

La malade, qui était maigre avant sa dernière grossesse, a beaucoup *engraissé :* son poids actuel est de 87 kilogrammes (taille 1 m. 49) ; bouffées de chaleurs accompagnées de sueurs abondantes, faiblesse de mémoire, diminution de la vue, céphalée, irritabilité du caractère ; insomnie ; idées noires ; apathie ; asthénie très marquée.

Examen *gynécologique :* métrite simple.

Observation VI (*personnelle*).

Grossesse adipeuse.

Femme de 32 ans, *réglée* à 12 ans 1/2 régulièrement ; durant quatre à cinq jours, règles d'abondance moyenne.

Mariée à 23 ans, elle a eu son premier enfant à 24 et son second enfant à 31 ans. Depuis cette dernière grossesse les règles deviennent très douloureuses et très peu abondantes, quelques gouttes. Enfin les règles se sont arrêtées complètement depuis sept ou huit mois.

La malade a cru à une grossesse et elle est allée consulter à ce propos une sage-femme, qui a posé un diagnostic négatif.

Depuis cette période d'aménorrhée la malade a augmenté de 20 livres, son poids actuel est de 75 kilogrammes (sa taille est de 1 m. 48).

Cet *embonpoint* se localise surtout au niveau du ventre.

Mesures actuelles :

Tour de taille au niveau de la ceinture . . . 84 cm.

Au niveau de l'ombilic. . . . . 119 cm.

Il y a un an :

Tour de taille au niveau de la ceinture . . . . 70 cm.

Au niveau de l'ombilic. . . . . 95 cm.

Troubles dus à l'insuffisance ovarienne depuis l'aménorrhée : bouffées de chaleur, avec des sueurs, céphalée, cauchemars, nausées, somnolence.

Observation VII

P. Dalché. (*Bul. et mém. de la soc. médicale des hôpitaux de Paris*, 1901). *Dystrophie ovarienne. Pseudo-myxœdème.*

Une jeune fille de 17 ans (salle Maurice Raynaud, n° 3), ayant pris un bain de rivière pendant qu'elle avait ses règles, vit s'arrêter d'une manière subite l'écoulement du sang. L'aménorrhée persista complète durant de longs mois, pendant lesquels se manifestaient quelques poussées fluxionnaires du côté de la face et de vagues douleurs dans le bas-ventre.

Au bout d'un temps assez long, plusieurs mois, d'une façon assez rapide, le visage, le ventre, les jambes se mirent à grossir, ce qui détermina la malade à entrer à l'hôpital. En effet, nous constations que la figure était bouffie, les paupières gonflées, la paroi abdominale et les jambes infiltrées d'une sorte d'œdème assez dur : les membres supérieurs et le haut du corps se trouvaient moins atteints. Nous notions en même temps un développement marqué du corps thyroïde, des taches pigmentaires au niveau de la face et du cou, une très légère accélération du pouls, et des phénomènes dyspeptiques fort accentués. Pendant son traitement à l'hôpital, cette jeune fille fut reprise de ses règles, et depuis elle les a tous les mois, abondantes et avec une tendance à avancer leur date d'éruption. L'infiltration a complètement disparu, si bien que la malade paraît beaucoup maigrie, tandis qu'elle se trouve elle-même plus forte et en meilleur état de santé.

Observation VIII

P. Dalché, *ibidem*.

Une autre jeune fille, âgée de 19 ans, m'est amenée parce que, toujours naturellement un peu forte, depuis quelque temps elle devient tellement grosse, ou plutôt bouffie, dit sa mère, que cet état est inquiétant, d'autant plus, que la santé est loin d'être bonne. En effet, cette jeune fille, qui a beaucoup de graisse, c'est indiscutable, est en outre infiltrée d'une sorte d'œdème qui lui tuméfie la face, les paupières et devient très manifeste dans la région prétibiale et aussi aux cuisses. Depuis sa puberté, qui est déjà lointaine, elle n'a jamais été bien réglée ; elle voit tout les mois, mais l'écoulement hémorragique, peu coloré, dure à peine un jour. La malade est sujette à des crises de chaleur qui lui montent à la face et sont suivies de poussées de sueur ; je lui constate de la tachycardie, le pouls bat de 110 à 120. Elle souffre d'une dyspepsie hyperacide à type paroxystique ; l'auscultation du cœur et des vaisseaux ne laissent pas entendre de souffle ; le corps thyroïde est très appréciable.

Observation IX

Aménorrhée (M. Guibout, Gaz. hebd., 1859, p. 619).

Une jeune fille de 18 ans, élevée dans un excellent pensionnat, ordinairement assez bien réglée après un séjour

de quelques semaines dans sa famille, voit ses règles se supprimer, l'appétit devient capricieux, irrégulier, et presque tous les matins surviennent sans effort des vomissements muqueux.

La malade, en outre, est prise d'une petite toux sèche par quintes.

Cet état durant depuis environ deux mois, lorsque la jeune fille s'étonne de l'augmentation qu'avait subie son embonpoint ; l'abdomen et les seins surtout prenaient un développement considérable. Au dire de son entourage, le caractère de la jeune fille éprouva lui-même des perturbations, il devient inégal, susceptible.

Après différents traitements, je commençais à avoir de graves soupçons dont j'allais faire part à la famille, lorsque, sous l'influence de l'hydrothérapie tous les accidents disparurent.

Observation X

Aménorrhée avec engraissement. (M. Guéniot, thèse de Villebrun, 1865).

En août 1863, une femme de 33 ans, vient à la clinique, se croyant menacée d'un accouchement prématuré. La femme se croit enceinte, car elle sent remuer son enfant et elle a cessé d'être réglée depuis, 15 ou 18 décembre, environ sept mois et demi.

De l'examen sérieux de cette femme, fait par M. Depaul et par moi, il résulte que cette femme n'était pas enceinte.

Voici, en effet, les particularités qu'elle a présentées :

constitution forte et robuste, embonpoint considérable, ayant débuté depuis huit mois et s'étant rapidement accru depuis quatre mois, surtout dans la région abdominale. L'abdomen, en effet, offre le développement correspondant à une grossesse de huit mois. La cicatrice ombilicale est très enfoncée; par la palpation, on ne peut reconnaître ni l'utérus, ni les parties fœtales...

Pour toutes ces causes, la malade est déclarée non enceinte et sort de la clinique.

Observation XI

Kisch (*E.-H*). Die Fettleibigkeit. Stuttgart, 1888, p. 133-135.

Mme C. K..., 25 ans, mariée depuis six ans, stérile ; embonpoint depuis son jeune âge. Le poids actuel est de 95 kilogrammes, taille moyenne.

Règles toujours peu abondantes et à peine colorées, manquent totalement depuis quatre ans. La malade est triste et apathique.

Cure à Marienbad pour maigrir, eau de Glauber, diète. Ensuite cure d'altitude de plusieurs mois. Après quatre mois de traitement, les règles apparurent d'abord peu abondantes avec des intervalles de deux à six semaines, ensuite régulièrement tous les mois, normales comme quantité et qualité. En même temps la malade a beaucoup maigri.

Observation XII (*ibidem*)

Mme C..., 32 ans, était très bien portante jusqu'à 27 ans. Bien réglée, mère de deux enfants. Une entorse du genou l'obligea à garder le lit pendant plusieurs mois.

Cette femme qui était svelte fut prise d'un embonpoint frappant ; elle pèse actuellement 84 kilogrammes.

Depuis cette époque ses règles deviennent très peu abondantes et avec de grands intervalles n'ont pas reparu depuis deux ans. Elle n'a pas eu depuis de grossesses.

Observation XIII (*in thèse de* Bouju).

Lipomes multiples chez une femme aménorrhéique. Dartigolles. *Société médicale des hôpitaux*, 10 juillet 1891.

Malade âgée de 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Père névropathe et dyspeptique, mère d'une bonne santé ayant des ascendants entachés de nervosisme et d'un caractère excentrique.

Antécédents personnels. — Dermatose à 4 ans, plus tard fréquents maux de gorge et des rhumes, à la puberté chlorose. A 18 ans, céphalée, essoufflement et faiblesses, douleurs dans les membres.

Sciatique droite ; mictions fréquentes et douloureuses. Migraines intenses, rebelles à tout traitement. Hydartrose du genou légère, chutes fréquentes pendant la marche.

ÉTAT ACTUEL. — Face déformée et contrefaite par des tumeurs siégeant à sa surface.

Encolure énorme. Tumeurs volumineuses à la nuque.

A la région lombosacrée tumeur transversale. Au-dessous de l'ombilic tumeur énorme impaire.

A la partie interne et supérieure des cuisses, deux tumeurs symétriques fusiformes.

En tout 9 tumeurs, 9 lipomes, qui augmentent de volume.

Réglée d'une façon irrégulière et presque nulle parfois, une seule menstrue en un an : elle présente de plus actuellement une sécheresse de la peau caractéristique de l'ichtyose, poils abondants.

Soufle léger à la pointe, pouls petit et régulier, depuis un an les jambes sont enflées.

Observation XIV (*personnelle*).

Obésité à la ménopause.

Suzanne L..., 60 ans.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Mariée à 25 ans, elle a eu quatre enfants, qu'elle n'a pas nourris au sein.

Ménopause à 58 *ans*, troubles consécutifs :

Bouffées de chaleur depuis trois ou quatre ans ; caractère plus irritable ; cauchemars ; perte de mémoire ; faiblesse générale.

La malade qui pesait à 50 ans 133 livres, à 55 ans 154 livres ; son poids actuel est de 183 livres (taille 1 m. 48).

Cette obésité se développa malgré une alimentation presque exclusivement lactée (2 à 4 litres de lait par jour).

Observation XV.

Lipômatose monstrueuse, principalement localisée à la partie sous-diaphragmatique du corps, par Dartigues et Bonneau (Nouv. iconogr. de la Salpêtrière, 1899 p. 217, avec 4 photographies).

Catherine C..., veuve, âgée de 47 ans, marchande de vin, entre le 10 avril 1899 dans le service du Dr Paul Segond, à la Salpêtrière. Elle occupe les lits 32 et 34 de la salle.

Antécédents héréditaires :

Père, mort en 1881 à l'âge de 61 ans d'une grosse hernie ombilicale étranglée. Il pesait 210 kilogrammes, avait toujours été obèse, mais ne présentait aucune anomalie ni déformation.

Mère morte en 1884, âgée de 62 ans, d'une maladie de cœur. Elle pesait 180 livres et n'était ni grosse ni déformée.

Une sœur aînée morte phtisique à 26 ans. Elle n'avait pas d'embonpoint anormal.

Un frère plus jeune, mort à 19 ans. Tuberculeux pulmonaire. Taille normale.

Histoire de la malade :

Réglée à 12 ans régulièrement, chaque époque menstruelle durant huit jours et assez abondante.

A 15 ans à la suite d'un bain de pied froid pris pendant *les règles ont cessé pendant onze mois* pendant lesquels la malade ne se plaignait que de quelques vertiges.

A 16 *ans* les règles sont revenues, mais très irrégulières, paraissant 4 à 5 fois par an, chaque période menstruelle durant huit jours et sans caillots.

A 16 *ans et* 4 *mois* la malade se marie. Elle pèse alors 180 livres.

A 24 *ans*, avant sa grossesse, elle pesait 220 livres. A 24 ans donc première grossesse absolument normale.

Accouchement à terme d'une belle fille bien conformée qui pèse actuellement 150 livres et n'est aucunement difforme.

A 25 *ans*, deuxième grossesse à terme. Accouchement d'un gros garçon bien conformé. C'était il y a trois ans *le plus gros conscrit de France :* il pesait 300 livres, avait 1 m. 50 de tour de taille, et une hauteur de 1 m. 74.

C'est *à partir de la deuxième grossesse* que l'embonpoint a augmenté progressivement et régulièrement tout en respectant la figure.

Il y a cinq ans la malade pesait 225 *livres*. Actuellement elle ne pèse plus que 180 livres.

État général excellent : pas de trouble de la miction ni de la défécation, pas de troubles cardiaques, pas de gêne à la respiration... La marche est difficile; la station debout nécessite un point d'appui ; quand elle est prolongée les jambes et les masses saillantes des cuisses augmentent de volume. Au lit elles diminuent et les urines deviennent plus abondantes. La malade ne souffre pas.

Nous ne nous étendrons pas en longs détails sur l'aspect général de la malade et les particularités déformatrices dues à ses masses lipomateuses. Les photographies qui ac-

compagnent cette note en disent plus long et mieux que toute description.

Épicrise. — Nous regrettons de ne pas reproduire ces belles photographies et nous nous contenterons d'indiquer la disposition de cette adipose. Elle prédomine à la partie sous-diaphragmatique du corps, à part deux masses lipomateuses appendues à la racine des bras. Le ventre tombe en tablier recouvrant les organes génitaux. Les hanches, les cuisses, surtout leur face interne, les jambes où l'adipose s'arrête brusquement au niveau des chevilles, présentent des bourrelets graisseux pendants et disposés *symétriquement* et par *segments*. La face, les mains, l'avant-bras et les pieds sont respectés.

Dans cette observation on voit que le point de départ de l'obésité est cette longue période d'aménorrhée de 11 mois à 15 ans ; un an après cet incident, elle pesait 180 livres ; ensuite, sa deuxième grossesse a poussé cet embonpoint à l'extrême : à 42 ans, elle pesait 225 livres.

CHAPITRE III

RAPPORTS DE L'OBÉSITÉ GENITALE DE LA FEMME AVEC L'ADIPOSE DOULOUREUSE

La question de pathogénie ovarienne de la maladie de Dercum était posée il y a cinq ans par MM. Sicard et Roussy et ils ont donné tous les arguments pour prouver cette idée, à propos de deux malades ovariotomisés chez lesquelles ils ont vu se développer tous les symptômes de l'adispose douloureuse.

Nous croyons utile de reproduire leur travail publié en 1903 dans le *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux de Paris.*

« La vulgarisation de « l'adipose douloureuse », disent ces auteurs, semble n'être plus à faire... Cependant sa pathogénie reste des plus obscures. On a proposé fermement une théorie thyroïdienne ou pituitaire, on a hasardé timidement une théorie ovarienne, on a parlé encore du trouble fonctionnel ou de l'altération organique de ces différentes glandes

pour expliquer les lésions de polynévrite interstitielle trouvées récemment dans quelques-uns des rares cas d'autopsies.

« S'il est exact qu'une glande vasculaire sanguine doive être mise en cause dans la genèse de ce syndrome, *pourquoi refuser à l'ovaire la première place* et l'accorder au contraire au corps thyroïde ou au corps pituitaire ? Ne sait-on pas que la maladie de Dercum est presque toujours une maladie de femme et débute à la ménopause (Quelques rares observations de maladie de Dercum ont été signalées chez l'homme (5 cas sur 56). Il est possible que l'insuffisance de la glande génitale puisse être également soupçonnée dans ces cas. Une autopsie de Dercum lui-même a montré à côté de l'adénosarcome du corps pituitaire l'atrophie du testicule). Elle paraît donc naturellement liée à l'arrêt ou à la dysménorrhée de la vie génitale, et par suite à la perte de la fonction ovarienne ou à l'insuffisance de ces glandes.

« La pathologie comparée, en étudiant les effets de la castration chez l'animal, nous a montré, il est vrai, la tendance des animaux châtrés à devenir des gros, des obèses et non des adipeux localisés (il y a bien chez les bêtes de race Durham, des localisations graisseuses toutes particulières, mais elles constituent un caractère de race et non une manifestation pathologique : Moussu) ; mais par contre, en fouillant les observations des chirurgiens sur les résultats les plus éloignés de l'ovariotomie, en compulsant, par exemple, les statistiques rapportées par Jayle, on croirait

lire dans certains cas, la plupart des symptômes de maladie de Dercum.

« Voici par exemple la statistique de Glaevecke (citée par Jayle) : sur 100 ovariotomisées, l'*adipose* survient avec le degré de fréquence suivant :

Pas de modification	7,5	pour 100
Augmentation moyenne	35	—
— considérable . .	57	—

Les troubles mentaux sont ainsi répartis :

Pas de changement dans l'état mental 38 0/0.

Changement dans l'état mental 67 0/0.

Parmi ces modifications : dépression mélancolique 50 0/0 ; légère excitation 37 0/0.

« Asthénie et douleur sont également très souvent notées dans les observations de Glaevecke.

« Voici encore dans le travail de Jayle (1899) et dans la série de publications qu'il a consacrées à l'insuffisance ovarienne, l'étude d'une tétrade symptomatique qui rappelle singulièrement celle de l'adipose douloureuse.

« Nous avons noté comme têtes de chapitre : Les modifications de caractère, les états neurasthéniformes, les *troubles mentaux divers* — les troubles de la nutrition — *adipose*, l'amaigrissement des seins — l'*asthénie neuro-musculaire* — et enfin la *rachialgie et des douleurs variées.*

« Mais comme à cette époque les gynécologues qui s'occupaient de suite d'ovariotomie ne songeaient nullement au syndrome de Dercum, encore à peu près inconnu chez nous, il est un oubli qu'ils ont

commis, et qui est à déplorer, c'est celui d'avoir passé sous silence la topographie de l'adipose, sa distribution, sa progression, son mode d'évolution en un mot.

« Est-ce bien toujours de l'adipose diffuse généralisée, de la véritable obésité, avec participation de la face, qui atteint les châtrées adipeuses ?

« Ces réflexions nous sont suggérées par deux cas d'adipose douloureuse des plus nets, tous deux survenus après l'hystérectomie totale.

« Il est difficile de croire dans ces deux observations à une simple coïncidence, et de ne pas penser à une relation de cause à effet entre l'ablation des ovaires, et l'apparition du syndrome d'adipose douloureuse.

« Nous retrouvons chez ces deux femmes l'ensemble des symptômes caractéristiques de cette affection : adipose localisée, douleurs, asthénie, troubles mentaux divers. Bien plus, il est un fait à relever, c'est l'âge précoce des malades, le début de la maladie survint à 29 ans dans un cas, à 30 ans dans l'autre. L'intervention opératoire a ici créé de toutes pièces une ménopause hâtive.

« Il nous semble donc que la pathogénie ovarienne doive être plus discutée à propos du syndrome de Dercum qu'elle ne l'a été jusqu'ici. Il n'est pas douteux que l'adipose douloureuse ne doit pas être confondue avec l'obésité banale et qu'elle est bien un type à part. Mais nous nous demandons encore une

fois, c'est bien une obésité toujours banale que celle qui peut survenir après la castration.

« C'est aux chirurgiens à répondre à cette question en examinant de plus près les caractères et la topographie d'adipose qui survient chez leurs opérées.

« Et quand bien même il y aurait certaines différences entre la répartition de l'adipose médicale et de l'adipose chirurgicale n'est-il pas de notion classique que l'insuffisance des glandes vasculaires, en général, ne se révèle pas toujours par un unique syndrome constamment identique à lui-même ? A côté de la suppresion brusque ou lente d'une fonction glandulaire et de l'âge auquel cette suppression survient, il faut toujours tenir compte du terrain, tares héréditaires et tares acquises.

Nous savions déjà que l'adipose douloureuse survenait chez les femmes à passé névropathique chargé, passé directement acquis ou héréditaire ; nous pouvons ajouter, croyons-nous, après la lecture d'un assez grand nombre d'observations chirurgicales, qu'également *une hystérectomisée sera d'autant plus prédisposée à l'adipose qu'elle aura un passé plus chargé en accidents névropathiques.*

Une conclusion s'impose, celle de donner de la glande ovarique à de telles malades. M. Jayle a obtenu, dans de nombreux cas d'adipose et de troubles nerveux post-ovariotomiques, de très réelles améliorations.

« Il est donc légitime d'étudier de plus près dans les autopsies de syndrome de Dercum la glande ova-

rienne anatomo-pathologique et de tenter d'une façon plus systématique et plus prolongée qu'on ne l'a fait jusqu'ici, l'opothérapie ovarienne. La réussite de cette médication serait en faveur de la pathogénie ovarienne.

« Son échec n'irait pas à l'encontre. Ne connaissons-nous pas les insuccès à peu près constants de l'opothérapie surrénale au cours de syndrome addissonien ? »

Nous publions les deux observations de Sicard et Roussy à la fin de ce travail (obs. XX, XXI).

Après avoir pris connaissance de cet intéressant article nous avons cherché des cas analogues à la consultation gynécologique du professeur Pozzi à l'hôpital Broca, dirigée par M. Jayle. Et l'occasion se présenta bientôt : ce fut une jeune femme de 25 ans, qui a subi une ovariotomie double il y a un an et demi et qui présenta déjà deux mois après cette intervention tous les symptômes de l'adipose douloureuse (Voir l'observation XXII).

Dans la thèse de Bailly (1871) nous avons trouvé encore une observation pareille, rédigée par D. Barthélémy. Dans cette observation XIX la plupart des symptômes de l'adipose douloureuse sont décrites *dix-sept ans avant* la première publication de Dercum qui était faite en 1888.

Dans presque tous les cas connus ce syndrome survient à l'époque de la *ménopause naturelle*, mais souvent cette ménopause s'installe *prématurément et brusquement*.

Nous citerons quelques observations les plus typiques à cet égard.

Observation de Dercum, 1888. — Femme de 51 ans, réglée à 15 ans. Mariage à 17 ans. « La *ménopause survint brusquement à 35 ans.* Depuis cette époque, jusqu'il y a deux ou trois ans sa santé se maintient bonne ; et à part une augmentation du poids la malade ne se rappelle de rien qui vaille la peine d'être signalé ». Vers 48 ou 49 ans : début de l'adipose douloureuse.

Observation de Henry, 1891. — Femme de 65 ans. « *Réglée* à 11 ans *régulièrement jusqu'à 35 ans. A cet âge la menstruation cesse brusquement.* » La maladie à commencé à 51 ans.

Dercum a fait l'autopsie de cette femme : Poids 150 kilogrammes, la glande thyroïde est petite, indurée, infiltrée de matière calcaire. *Ovaire droit kystique* ; *hydro-salpinx à gauche* (environ six onces de liquide), utérus un peu gros.

Observation de Dercum, 1892. — Femme de 60 ans. Pas de grossesse. Ménopause à 46 ans. Il y a quelques années apparition d'une tumeur derrière le cou. Ses règles deviennent plus abondantes que normalement.

Observation de Féré, 1898. — Femme de 46 ans. « *La ménopause se produit brusquement à 41 ans.* Elle avait ses règles quand elle fut reveillée subitement une nuit, par une chute que fit son mari qui se levait dans l'obscurité. Elle *eut peur, l'écoulement se suspendit et ne*

reparut plus. » En même temps apparition de l'obésité, des douleurs et des nodosités.

Observation de Burr, 1900. — Autopsie d'une femme de 36 ans : gliomie du corps pituitaire (peut-être une lésion *post mortem*),dégénérescence colloïde du corps thyroïde; « ovaire est petit, dur, de type scléreux. »

Burr à propos de cette lésion des ovaires fait les remarques suivantes : « On sait l'influence qu'on les glandes génitales dans la production de la graisse. Les animaux castrés sont presque toujours gras; les eunuques sont généralement obèses, les femmes à la ménopause augmentent souvent de poids; la ménopause artificielle est suivie souvent d'obésité. Il est vrai que tous ces phénomènes sont dus à l'obésité simple, chose bien différente de l'adipose douloureuse. »

Observation de Féré, 1901. Femme de 46 ans. « Mariée à 18 ans, a eu 3 enfants. A la suite du décès de son mari mort d'accident il y a dix-huit mois les règles n'ont plus reparu et elle a commencé à prendre de l'embonpoint. » Quelque temps après, adipose douloureuse localisée.

Dans quelques cas la maladie a débuté peu de temps *après l'accouchement* ou au cours d'*allaitement.*

Observation de L. Renon et I. Heitz. Femme de 60 ans, elle a eu 11 enfants. « La malade se souvient très bien de l'apparition des tumeurs adipeuses quelques mois après sa huitième couche il y a vingt-

quatre 24 ans. Depuis elle a grossi beaucoup. Tout restait stationnaire jusqu'à la ménopause survenue à 53 ans. »

Dans nos observations de l'adipose douloureuse nous avons remarqué que le début de ce syndrome coïncidait avec l'apparition de la plupart de signes de l'insuffisance ovarienne avant l'époque de la ménopause.

Observations de l'adipose douloureuse.

Observation XVI (*personnelle*).

Adipose douloureuse

Clémence L..., 44 ans, cannière, entre à l'hôpital Cochin dans le service du Dr Chauffard le 2 mai 1908.

Antécédents personnels. — Père mort à 60 ans, mère morte à 84 ans qui a eu 13 enfants; notre malade est la plus jeune. Sauf elle tous les membres de sa famille sont maigres.

Antécédents héréditaires. — Dans son enfance elle n'eut pas de maladie, mais elle était toujours chétive : elle prit du fer et de l'huile de foie de morue de 6 à 15 ans. Chlorose probable.

Premières règles à 11 ans, mais irrégulières, avec des périodes fréquentes d'aménorrhée de deux ou trois mois pendant les trois premières années; toujours accompagnées des maux de tête, de bouffées de chaleur, d'étourdissements, de brouillards et de faiblesse générale. Les époques menstruelles vinrent régulièrement à partir de l'âge de 15 ans,

abondantes, mais très douloureuses, surtout avant leur apparition, d'une durée de trois à quatre jours.

Mariée à 17 ans les règles devinrent complètement indolores. A 22 ans elle a un enfant.

A l'âge de 36 ans la malade entre à l'hôpital Saint-Antoine pour une néphrite ; elle présente à ce moment de l'amaurose pendant 10 jours, beaucoup d'albumine (10 gr.) et un œdème généralisé. La malade sortit de l'hôpital un mois après, guérie.

Un an après cette maladie, elle commença à présenter un embonpoint de plus en plus marqué. Les règles devinrent moins abondantes et peu colorées, mais surtout pendant les trois dernières années elles furent très irrégulières ; à cinq ou six reprises elles furent séparées par de grands intervalles d'aménorrhée accompagnés de nausées et de vomissements. Les bouffées de chaleur apparurent de nouveau et maintenant elles sont suivies de sueurs froides, elles réveillent quelquefois la malade pendant la nuit. Grande tendance au sommeil depuis deux ou trois ans après les dîners.

Elle mesure 146 centimètres de hauteur, 98 centimètres de tour de taille et pèse 86 kilog. 1/2. C'est une obésité de quatrième degré.

Par conséquent tous ces troubles de l'insuffisance ovarienne datent depuis l'âge de 37 ans.

En examinant la malade on voit que le pannicule graisseux est disposé anormalement : les mains, les pieds, l'avant-bras et la figure sont respectés. Au contraire on remarque que l'adipose s'arrête brusquement par une ligne très nette au-dessus des malléoles, suivant la forme dénommée

en pantalon de zouave. Cette déformation est plus marquée du côté gauche. La malade nous dit que cette jambe présente de l'enflure depuis l'âge de 17 ans, mais elle n'était pas aussi grosse que maintenant, elle est plus violacée que l'autre jambe.

Au niveau du genou surtout du côté interne les tissus infiltrés présentent des bourrelets. A la palpation on trouve ici des nodules ayant la consistance d'un lipome. L'adipose remonte le long des cuisses gagne l'abdomen qui retombe à la façon d'un tablier devant les organes génitaux, les mamelles sont développées et pendantes. la peau est tendue à leur niveau. Le bras est entouré d'un véritable manchon adipeux.

L'œdème est dur, très ferme, ne donne pas de godet et il est *douloureux* à la pression. La malade sent des picotements dans les parties œdématiées quand elle est debout ou après une fatigue. Jamais de paroxysmes douloureux.

L'asthénie est très marquée depuis le début de l'embonpoint.

Troubles *psychiques* peu accentués : la malade est colérieuse, son sommeil est entrecoupé de cauchemars.

État *sclérodermique*. La peau est très sèche, lisse, tendue, on ne peut la pincer, les poils ont disparu.

Le corps thyroïde est de volume normal.

Pouls 90 ; les urines ne contiennent pas d'albumine.

Appareil digestif : l'appétit est bon ; elle mange beaucoup de pain ; un litre et demi de vin par jour ; pas de constipation.

Observation XVII (*personnelle.*)

Adipose douloureuse.

Marguerite D..., âgée de 63 ans, ménagère, entre à l'hôpital Laënnec, salle Rostan (lit 13) dans le service de M. le professeur Landouzy pour des douleurs dans le côté droit.

Antécédents personnels. — Dysenterie à 17 ans, quelques mois après une poussée de rhumatisme articulaire aigu. Mariée à 18 ans, elle a eu un enfant à 19 ans. Les règles sont apparues pour la première fois assez tard, à 17 ans ; elles étaient toujours régulières, non douloureuses, abondantes et duraient de cinq à six jours. Ménopause à 53 ans. Bouffées de chaleur depuis l'âge de 30 ans, 5 ou 6 le matin, au réveil, accompagnées de sueurs froides. Elles ont augmenté de plus en plus et elles ont atteint leur maximum à 40 ans.

La malade était toujours très nerveuse ; crises de larmes, idées noires vers 40 ans, la mémoire a faibli, les forces ont diminué. Tous ces troubles sont dus à l'insuffisance ovarienne.

A cette époque elle a commencé à sentir partout des douleurs diffuses, comme des brûlures, des élancements, quelque temps après tout son corps est devenu enflé sauf la face, surtout au niveau des genoux, comme des sacs d'eau chaude, d'après l'expression de la malade. Progressivement les pieds, les mains, l'avant-bras ont désenflé.

Examen de la malade à son entrée à l'hôpital, le 3 mai 1908.

Adipose. — Disposition anormale de la graisse ; les mains, les avant-bras, les pieds et le visage contrastent par leur maigreur avec l'embonpoint du reste du corps. L'adipose prédomine manifestement au niveau des *jambes*. Elle s'arrête par une ligne très nette au-dessus des malléoles, où elle est comme bridée par une gaine aponévrotique. Les limites de l'infiltration graisseuse sont au contraire diffuses à la partie supérieure. Les jambes et les cuisses présentent une série de mamelonnements très caractéristiques, séparés par des dépressions, surtout aux genoux qui présentent à leur face interne des nodosités infiltrées. Au niveau des *cuisses*, l'adipose est aussi très marquée, mais plus diffuse, prédominant à la région externe.

Aux membres supérieurs, aspect semblable, mais moins accentué. La graisse abonde à la face postérieure du bras où elle forme une bande longitudinale fusant vers l'aiselle.

Au niveau du tronc l'obésité est plus diffuse. Les fosses sus-claviculaires font saillie, au palper on trouve ici des nodosités, grosses comme des noix, elles sont finement lobulées. Les seins sont flasques et pendants. Sur le ventre la peau dessine par place des lignes atrophiques limitant de véritables rouleaux de graisse. En arrière on note un pli graisseux au niveau des omoplates. Les fesses forment en bas un bourrelet qui s'arrête en espèce de veston.

Partout l'œdème est dur, élastique, ne laisse pas l'empreinte du doigt. Poids actuel 70 kilos. Taille 1 m. 50.

Douleur. — La malade se plaint toujours de douleurs, à la fois dans les nodosités et dans les régions les plus infiltrées. Ces douleurs existent au repos, sont exagérées par la presssion. La malade craint beaucoup le froid qui

éveille des douleurs et elle recouvre tout son corps par des flanelles. A des intervalles variables, il se produit des exacerbations paroxystiques des phénomènes douloureux. La dernière fois ce paroxysme est venu à la suite du froid : la malade était assise sur un marbre. Elle sentait d'abord des douleurs vagues partout, mais surtout du côté gauche, au niveau du flanc et de la hanche. Rien ne pouvait calmer ces douleurs, ni aspérines ni les cataplasmes chauds, ni des bains sulfureux. Cet accès est accompagné de fièvre, 38° 5. Un paroxysme semblable lui est arrivé il y a dix ans à New-York et la maladie elle-même à débuté ainsi il y a vingt-six ans. Depuis un an la malade a commencé à présenter des signes de la paralysie agitante.

Nous avons essayé chez cette malade le traitement opothérapique par l'extrait du corps jaune de l'ovaire pendant une semaine. Les douleurs et les bouffées de chaleur ont diminué beaucoup sous l'influence de cette médication, mais le poids restait stationnaire.

Observation XVIII (*personnelle.*)

Obésité de la ménopause
avec adipose douloureuse localisée au bras.

Eugénie B..., 58 ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service du Dr Chauffard le 1er mai 1908 pour des douleur dansl a jambe droite.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 57 ans, il pesait 121 kilogrammes. Mère vivante, 80 ans.

Antécédents personnels. — La malade était toujours

régulièrement réglée depuis l'âge de onze ans. Les règles étaient peu abondantes, duraient deux jours, et indolores. Mariée à vingt ans, elle avait 9 enfants ; la première grossesse à 21 ans et depuis elle mettait au monde tous les dix-huit mois un nouvel enfant ; il était ainsi pour les premiers six enfants. Les trois derniers vinrent au monde avec des intervalles de cinq ans. Ils furent tous nourris au sein par la mère. De l'âge de 45 ans, notre malade n'eut plus de grossesse. Nous remarquons que la fonction menstruelle a été supprimée depuis l'âge de 21 jusqu'à 30 ans par suite des grossesses et des allaitements répétés. Depuis cette époque les règles revinrent irrégulières, coupées de période d'aménorrhée de trois à quatre mois, moins abondantes mais toujours indolores. La ménopause s'établit définitivement à 56 ans. A cette époque la malade remarqua qu'elle grossit beaucoup. Le tour de taille qui mesurait, il y a quatre ans encore, 65 centimètres a atteint maintenant 80 centimètres. Son poids actuel est de 85 kilogrammes-taille 1 m. 75. C'est une obésité de quatrième degré (augmentation de 8/10 de son poids normal). La malade. il y a un an, à la suite d'un choc qu'elle reçut à son bras gauche contre un meuble, remarqua que le lendemain il était enflé et couvert d'une large eccyhmose qui disparut une semaine après, mais le bras, surtout à la face postérieure, se mit à augmenter énormément et en peu de temps il doublait de volume. Et en effet à l'inspection nous avons noté que le pannicule adipeux est d'autant plus abondant qu'on se rapproche davantage de la racine du membre. Cette distribution donne au bras un aspect caractéristique : c'est la déformation *en gigot*. Au palper on sent profondément une masse

mal limitée, finement lobulée et douloureuse. En effet la malade éprouve des douleurs continues dans cette région avec des exaspérations par moment.

Pas de troubles psychiques, ni d'asthénie.

La mémoire a diminué.

Corps thyroïde normal.

Observation XIX

Adipose douloureuse ; suite d'ovariotomie.
(*In* thèse de Bailly 1871).

(*Ovariotomie pratiquée le* 10 *septembre* 1863 *par B. Anger. Guérison. Trois ans après modifications physiologiques ; observation inedite de B. Anger, rédigée par D. Barthélémy, ex-interne des hôpitaux*).

Mme S. P..., fleuriste, demeurant passage du Caire, âgée de 32 ans, d'une constitution assez faible, très nerveuse, fut admise au commencement de septembre 1868 à l'hospice des Ménages (Issy) pour y subir l'ovariotomie.

Elle n'a jamais été bien réglée. L'époque cataméniale s'accompagnait de pesanteur et de douleur dans le bas-ventre ; l'écoulement manquait souvent et était toujours peu abondant ; quelques taches seulement d'après la malade. Elle n'a point eu de grossesse.

A l'age de 18 ans, elle vit son ventre augmenter progressivement ; elle avait en même temps des douleurs dans l'abdomen, des nausées, et des vomissements. Elle se crut enceinte.

M. Anger a trouvé une kyste de l'ovaire. Ovariotomie double le 10 septembre 1868.

Environ trois ans après, le docteur Anger, m'apprend que son ancienne malade continue à bien aller, mais que de remarquables *modifications physiologiques* se sont opérées chez elle, elle m'invite à la visiter et voici le résultat de mon examen que je recueille auprès d'elle le 2 août 1871.

Moins d'un mois après être sortie des mains de M. Anger, Mme S. P... reprend son travail habituel de fleuriste.

Les mois se passent, et nous arrivons en juillet 1870. La malade a pris un *embonpoint remarquable*, gênant même. A cet inconvenient s'en joint un autre, qui n'a pas cessé jusqu'à présent. Elle ressent d'une *faon irrégulière à des intervalles* dont elle n'a pas remarqué les rapports exacts, une *douleur* vague qui prend naissance dans le flanc gauche, s'irradie sur toute cette surface, semble remonter vers le cœur, devient plus vive, plus aiguë, oblige Mme S. P... à prendre un repos immédiat, puis cesse assez subitement. Ces douleurs auxquelles cette dame ne trouvait pas d'abord de causes lui paraissent maintenant se développer sous l'influence d'efforts prolongés, marche un peu longue, ascension d'un escalier, nettoyage du parquet, station baissée, etc.

Cet état s'est compliqué depuis deux mois de nouveaux phénomènes : aux douleurs précédentes s'en joignent d'autres d'un caractère un peu différent, mais qui ne sont pas sans analogie avec les précédentes : ce sont des crampes dans les bras et les jambes, des engourdissements, des fourmillements dont elle s'aperçoit principalement au réveil.

Nous examinons cette femme au point de vue physique.

mais pour mieux faire ressortir certains changements qui se sont opérés en elle, nous allons dire d'abord en quelques mots ce qu'elle était avant l'opération : d'un blond châtain, d'une taille au-dessus de la moyenne comme femme maigre, élancée, déliée selon son expression, mais cependant avec une charpente osseuse fortement développée, un bassin large, bien ouvert. Elle pesait alors 90 livres.

Aujourd'hui elle est méconnaissable ; sa face, sans être bouffie, est pleine, les épaules singulièrement arrondies par une épaisse couche graisseuse ; les seins ont participé à cet embonpoint, mais en bien moins forte proportion ; autrefois ils étaient à peine développés quant à la glande mammaire. En ce moment la glande est à peine sensible, mais en revanche, elle est couverte de *pelotons graisseux assez volumineux*. L'aurélie et le mamelon sont d'ailleurs normalement conformés.

Les hanches sont énormes, doublées d'un bourrelet de graisse qui tend à amoindrir le volume apparent de la région fessière. Les organes génitaux externes disparaissent entre les cuisses et le bas-ventre, ce qui rend le toucher difficile à pratiquer. Les bras, les cuisses bien proportionnés d'ailleurs, ont triplé de volume. On peut s'en rendre compte en rapprochant du chiffre de 90 livres, poids de la dame en 1868, celui de 165 livres, poids en 1870, et celui de 200 auquel on peut sans crainte de se tromper porter celui de son poids actuel et qu'on n'a pu vérifier au moment de ma visite.

En somme, *hypertrophie graisseuse généralisée et poids presque triplé de la personne*, tels sont les changements les plus apparents survenus chez elle depuis l'opération. Son

ventre est gros, mais en harmonie avec le reste du corps (Il est bien entendu que je ne parle pas au point de vue de l'art de cette harmonie et de cette proportion que j'ai déjà citées).

L'exploration abdominale présente quelques difficultés par suite de l'épaisseur de la paroi antérieure. Néanmoins on arrive parfaitement à reconnaître l'absence de reproduction de toute tumeur dans le bassin. Mais dans le flanc gauche, on trouve la rate singulièrement tuméfiée, et l'on peut se demander si les douleurs névralgiques dont il est question plus haut et dont le point de départ est à cette hauteur, ne trouveraient par là leur origine. Si leur intermittence étudiée avait quelque régularité, n'y avait-il pas lieu de recourir à l'emploi du sulfate de quinine?

J'ai examiné avec le plus grand soin ; j'avais remarqué, en suivant chez elle Mme J. P..., qu'elle avait l'haleine courte ; interrogée à cet égard, elle répond affirmativement. Elle est obligée de s'arrêter de temps en temps quand elle fait une course un peu longue, ou qu'elle monte un escalier. Je n'ai rien trouvé dans les poumons qui puisse expliquer cette dyspnée. A part un léger bruit de souffle anémique le cœur est également indemne. Subirait-il un commencement de dégénérescence graisseuse qui tendrait alors à se généraliser? je l'ignore; en tous cas, il ne m'a point paru avoir subi d'hypertrophie.

Les désirs sexuels, chez elle d'une vivacité inouïe, ont peu à peu disparu ; aujourd'hui ils n'existent plus.

Cette femme fut profondément *hystérique* pendant quinze ans. Passant sa vie dans des ateliers féminins, où elle jouissait d'une assez grande liberté, elle se laissait aller à

tous les excès d'un tempérament extrêmement *nerveux*.

Les rires, les pleurs se mêlaient facilement chez elle ; les disputes n'étaient pas dédaignées, et souvent dans cet éréthisme nerveux, elle tombait dans des attaques d'hystérie d'où elle ne sortait pas que médiocrement abattue. Elle est aujourd'hui d'un caractère gai, insouciante comme autrefois, et cet état nerveux a fait place au calme le plus plat. Aucune attaque d'hystérie n'est survenue depuis trois ans. Elle a maintenant 35 ans, et l'on pourrait certainement invoquer une raison d'âge pour expliquer ces modifications nerveuses.

Nous consentirions volontiers à prendre l'âge pour cause de cette sédation des phénomènes nerveux ; au besoin il pourrait expliquer la polysarcie de Mme D... Mais aura-t-on le droit d'invoquer cette cause pour rendre compte de l'affaiblissement de la mémoire et de la vue, et surtout des modifications qu'elle éprouve dans la phonation ?

En résumé, polysarcie, sédation de phénomènes nerveux, modifications dans les organes de la vue, de l'ouïe et de la voix ; tels sont les changements opérés chez cette malade, et que nous n'hésitions pas à rapporter à la castration.

Observation XX

Adipose douloureuse : suite d'ovariotomie.
(Service de M. Raymond *à la Salpêtrière)*
Par MM. Sicard et Roussy. *Bul. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris.*

Femme, 33 ans, entrée à la Salpêtrière en février 1903 dans le service de M. le professeur Raymond.

Antécédents héréditaires nerveux : père aliéné, mère éthylique, deux sœurs pourtant bien portantes.

Antécédents personnels également névropathiques. Impressionnable à l'excès ; dans sa jeunesse aurait eu des crises de nerfs, entre 12 et 15 ans. Se marie à 20 ans, deux enfants : tous sont morts jeunes, l'un de convulsions, l'autre de méningite .

A 30 ans, gonococcie vraisemblable, salpingite double, hystérectomie totale dans le service de M. Richelot.

Trois mois après l'opération, se déclare un œdème des membres inférieurs, bilatéral, symétrique. L'œdème est dur et d'emblée douloureux. Il progresse symétriquement de la périphérie à la racine des membres inférieurs, respecte *les pieds*, partiellement aussi la région du genou ; il envahit l'abdomen et gagne, quatorze à seize mois après, *la région deltoïdienne gauche* (forme nodulaire).

La face n'est pas intéressée.

Depuis l'adipose est restée stationnaire. Du poid primitif de 64 kilogrammes, la malade pèse 79 kilogrammes deux ans après l'opération. Le poids reste alors stationnaire.

Pas de troubles de la sensibilité objective, mais il existe des douleurs spontanées et provoquées par la pression et la palpation, surtout au niveau des membres inférieurs.

L'état mental est très modifié. C'est bien une aboulique, une asthénique, une incapable de travailler pour vivre, passant ses journées à se lamenter, à pleurer.

Les réflexes tendineux sont normaux, peut-être un peu vifs.

Après quelques séances d'électricité qui n'ont eu aucune action sur les phénomènes douloureux, nous lui conseillons

l'opothérapie ovarienne et le retour dans son pays natal, et 'avons perdu de vue depuis.

Observation XXI

Adipose douloureuse, suite d'ovariotomie
(*Service de* Darier *à la Pitié*)
Sicard et Roussy (*Ibid*).

Il s'agit d'une femme Ida B..., âgée de 31 ans, cuisinière, qui est atteinte d'adipose douloureuse depuis 1901, l'année où elle a été opérée d'une hystérectomie vaginale totale.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, pas de tare névropathique. Elle accouche à 19 ans 1/2 d'un enfant né à terme et mort à 3 mois, de gastro-entérite. A 23 ans elle a eu une première crise convulsive d'hystérie. Les crises se sont répétées fréquemment depuis ; on note aujourd'hui chez cette femme quelques stigmates de la grande névrose.

En juin 1901, à la suite d'une salpingite, elle est opérée par M. Segond : hystérectomie vaginale totale.

Un mois et demi après, alors que la malade était à l'hôpital, apparaît un léger œdème mou, péri-malléolaire localisé à gauche et disparaissant au repos, puis surviennent des troubles psychiques, aboulie, mélancolie avec des idées de suicide. L'année suivante, en 1902, l'adipose a envahi symétriquement les membres inférieurs et atteint les proportions qu'elle présente aujourd'hui.

État actuel. — On note une augmentation notable du volume des membres inférieurs, *formant le pantalon de*

zouave avec un arrêt en forme de bourrelet au-dessus de la cheville, ainsi qu'on peut s'en rendre compte sur les photographies ci-jointes. Les pieds sont indemnes, l'adipose est diffuse, bilatérale et symétrique ; la peau a sa couleur normale, elle prend une teinte violacée dans la position déclive des membres inférieurs ; le système bilieux est peu développé.

On trouve également une adipose notable des fesses, de l'abdomen, des boules graisseuses au niveau des bras. Les avant-bras et les mains sont de volume normal. *La face est absolument respectée par l'adipose.*

Mensuration. — Mollet : à 20 centimètres de malléole externe, 39 centimètres des deux côtés ; bras : à 16 centimètre de l'olécrane, 31 centimètres des deux côtés.

Poids : 69 kilogs 500.

A la palpation on décèle la présence d'un œdème diffus élastique, douloureux. Les phénomènes douloureux apparaissent également dans la marche et dans les divers mouvements des membres ; ils existent enfin, quoique légers dans le repos.

La sensibilité objective présente quelques troubles, mais aucune limite de segmentation nette. Il ne s'agit pas d'œdème hystérique. Les réflexes tendineux sont forts ; les achilléens et antibrachiaux normaux. La marche est normale, mais la fatigue survient très rapidement ; après une demi-heure de marche, on note une asthénie prononcée.

L'état mental de la malade est très troublé ; outre les phénomènes d'hystérie que nous avons signalés il existe une légère aboulie avec mélancolie ; phénomènes qui ont été beaucoup plus prononcés chez elle qu'ils ne le sont aujourd'hui.

Examen du sang :

Globules rouges. 4.800.000

Blanc . . . . . 7.000 à 8.000

Ponction lombaire : pas d'éléments figurés.

Urines. L'examen (moyenne générale) révèle :

Quantité . . . . 1.300 à 1.500 grammes

Traces de mucine, cristaux d'urate de soude.

Densité 1.018

Urée . . . . . 16 gr. 70 par 24 heures

Chlorures . . . . . 9 gr. 80

Phosphates . . . . . 2 gr. 75

Rapport azotique. . . 87 p. 100

Albumine, sucre, bile. . néant.

Notre malade a été mise en traitement thyroïdien à plusieurs reprises sans résultat appréciable ; nous allons instituer chez elle l'opothérapie ovarienne.

Observation XXII

Adipose douloureuse de Dercum par insuffisance ovarienne. Ses relations avec l'obésité d'origine génitale, par MM. Sicard et Berkovitsch (1).

Si le type d'adipose douloureuse, décrit par Dercum, est bien connu dans ses manifestations cliniques, on est mal fixé sur les conditions étiologiques qui peuvent le déterminer.

1. *Bull. Soc. méd. hôp.*, 25 juin 1908.

Aussi nous a-t-il paru intéressant d'ajouter une nouvelle observation semblable à deux autres que nous avons publiées ici même avec M. Roussy (1) et qui mettent en lumière le rôle joué par l'insuffisance ovarienne dans l'évolution de ce type morbide.

Nous aurons également à nous demander si le syndrome de Dercum ne peut pas, au mois dans certains cas, perdre de son autonomie et revêtir progressivement les caractères assignés à l'obésité dite simple d'origine génitale.

Observation. — Jeanne W..., 25 ans, est examinée au mois de juin 1908.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — *Père*, âgé de 54 ans, très nerveux, alcoolique par l'absinthe. Pas d'obésité, constitution plutôt maigre.

Mère, quarante-neuf ans, hystérique, poids normal, quatorze grosseses : neuf à terme, cinq fausses couches dans l'intervalle : trois enfants morts en bas âge.

Cinq frères, tous nerveux et maigres.

Une sœur, âgée de 23 ans, ayant subi une hystérectomie totale, avec amaigrissement depuis cette opération, et présentant actuellement tous les signes d'une tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Réglée à 11 ans 1 2. Premières règles abondantes d'une durée de trois jours en-

1. Sicard et Roussy. Deux cas d'adipose douloureuse, suite d'ovariotomie. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 16 oct. 1903, p. 1068.

viron, précédées et accompagnées de douleurs, de vertiges, de malaises avec tendance à la syncope.

Depuis, jusqu'à son mariage à l'âge de dix-huit ans, les règles sont restées irrégulières et toujours fort douloureuses.

De temps à autre survenaient des crises nerveuses accompagnées d'aura, d'étouffements, de mouvements incoordonnés sans miction involontaire ni morsure de la langue, en un mot, crises de névrose simple.

Après son mariage (1901) les règles tendent à se régulariser. Il n'y eut pas de grossese.

En 1905 survient un état anémique de cause inconnue avec perte de poids et amaigrissement notable, puisque à cette époque, W... n'aurait pesé que 30 kilogrammes.

En 1986, à 23 ans, l'état général s'améliore, la malade engraisse et atteint le poids de 45 kilogrammes, mais son abdomen se ballonne, elle a des pertes jaunâtres très abondantes et, inquiète, elle vient à la consultation de l'hôpital Broca, où, après le diagnostic de métrite chronique avec salpingite double, elle est opérée le 6 *novembre* 1906 par le professeur Pozzi. (Hystérectomie subtotale. Castration bilatérale.)

Pas d'incidents opératoires.

Trois mois après l'opération, en février 1907, la malade a engraissé de 12 kilogrammes. Elle pèse 62 kilogrammes.

Au commencement de cette année, 1908, au mois de janvier, son poids est de 70 kilogrammes, au mois de juin de 76 kilogrammes.

Le gain pondéral est donc, depuis l'opération, de 26 *ki-*

logrammes, acquis en l'espace de dix-huit mois environ.

L'alimentation de cette malade est depuis près d'un an la suivante (d'après ses dires et ceux de son entourage) : le matin, un bol de café ; au repas du midi, un bifteck de vingt centimes, un quart de livres de pommes de terre ou d'autres légumes, peu de pain ; au repas du soir, deux œufs et une salade avec un peu de pain. La malade, du reste, peu active physiquement, très asthénique, sédentaire, se plaint de son inappétence.

Étant donné ce gain pondéral, comme la hauteur de taille de cette femme est petite, de 1 m. 44, nous pouvons conclure, d'après les tables de Maurel, à une obésité du troisième degré.

Mais s'agit-il bien d'obésité simple ?

L'adipose est surtout localisée au niveau de la moitié inférieure du corps, prédominante aux hanches et aux cuisses.

En certaines de ces régions, on voit de *véritables nodosités lipomateuses*, formant relief objectif, infiltrées dans le panicule graisseux sous-cutané, et sans limites nettes à la palpation.

De plus, ces « boules graisseuses » sont le point de départ *de douleurs vives*, à crises d'exacerbation réveillées par la station debout, par la marche et surtout par la palpation, etc.

Ces « grosseurs » ont apparu deux mois environ après l'ovariotomie. *La face et les mains sont respectées par l'adipose.* Enfin, si les crises à caractère hystérique ont disparu, il existe des bouffées de chaleur accompagnées de

Adipose douloureuse, suite d'ovariotomie (juin 1908)

sueurs profuses, des accès de migraine fréquents, des vomissements, des nausées, des palpitations cardiaques, des vertiges, de la perte de mémoire, de l'anaphrodisie, de l'insomnie avec parfois des hallucinations terrifiantes.

Le caractère a toujours été bizarre mais il est devenu, après le développement polysarcique, plus difficile et plus irritable encore. On note des impulsions, des crises colléreuses, des idées de suicide et des idées de persécution, non systématisées du reste, etc.

A côté des *troubles psychiques*, la malade présente en plus une *asthénie* très marquée, incapable de travailler activement, sédentaire chez elle.

Le corps thyroïde paraît de volume normal. L'urine ne contient ni albumine, ni sucre.

Aucune tare apparente viscérale. Réflectivité tendineuse normale.

La malade a suivi l'an dernier un traitement opothérapique par extrait de corps jaune de l'ovaire à la consultation de Broca pendant trois mois.

Certains troubles se sont amendés à cette époque, mais ce résultat ne persista pas longtemps après la cessation de la médlcation.

Depuis, à plusieurs reprises, nous avons ordonné à nouveau la thérapeutique ovarienne.

Cette opothérapia à des effets indéniables sur l'état névropathique de la malade, elle amende les troubles psychiques, améliore le sommeil, fait disparaître les vertiges, dissipe pour une grande part l'asthénie, mais n'a aucune efficacité contre la polysarcie envahissante, ni contre les crises douloureuses des régions adipeuses.

Nous nous proposons d'associer à cette thérapeutique ovarienne la thérapeutique thyroïdienne.

En rapprochant cette observation des deux autres publiées avec M. Roussy (*loc. cit.*), il apparaît bien que le syndrome de Dercum peut survenir chez des ovariotomisées. Dans les trois cas il s'agissait de femmes jeunes (30 ans, 28 ans, 23 ans), chez lesquelles l'adiposité avec ses caractères de localisation, de nodules lipomateux, s'est installée rapidement et pour ainsi dire massivement, après la castration. Les douleurs, l'asthénie, les troubles psychiques n'ont pas tardé à évoluer parallèlement, complétant ainsi la tétrade symptomatique de ce type morbide.

Mais l'évolution de la maladie, pour l'une de ces ovariotomisées tout au moins (Obs. II de la communication du 16 oct. 1903), nous a montré que si l'adipose et l'asthénie ont persisté, les symptômes douloureux se sont peu à peu amendés, les nodules lipomateux se sont affaissés, et les troubles psychiques se sont en partie améliorés. Cette malade est actuellement une obèse à adipose généralisée, obèse simple du troisième degré. Chez elle, on ne saurait penser aujourd'hui à un autre diagnostic.

∴

A la lecture de ces observations et à celle d'un certain nombre d'autres rapportées par les gynécologues, il se dégage, nous semble-t-il, cette impres-

1. Voir l'obs. XXI.

sion que l'affection décrite par Dercum est plus un syndrome qu'une maladie autonome.

Il s'agit là, vraisemblablement, d'une modalité de l'obésité en général, et plus particulièrement d'une modalité d'obésité surtout féminine par insuffisance ovarienne.

Assez souvent les limites cliniques assignées par Dercum s'estompent. Des obèses présentent des « boules graisseuses localisées (1) » non douloureuses, alors que d'autres obèses à adipose uniformément répartie souffrent de douleurs plus ou moins vives. Chez certains autres obèses, à type encore classique, la graisse respecte les extrémités : les mains, les pieds et même le visage.

Également, l'asthénie et les modifications psychiques font bien souvent partie du tableau morbide de l'obésité dite simple.

Ainsi, le syndrome de Dercum se révèle comme appartenant au cadre de l'obésité en général. Il va nous apparaître en plus comme une modalité d'obésité glandulaire, obésité par insuffisance ovarienne (2). Ne sait-on pas, en effet, que ce syndrome se rencon-

1. M. Carnot, dans ses intéressantes études sur l'obésité (*Bulletin médical*, 1903, p. 287), mentionne chez les animaux soumis à l'engraissement la formation de « boules graisseuses superficielles » correspondant à de l'adipose profonde. Ces dépôts de graisse se nomment en termes techniques des « maniements ».

2. Sicard. *In* article « Obésité », *Traité de Médecine* Brouardel et Gilbert, page 131.

tre presque exclusivement chez la femme et qu'il débute chez elle à l'époque de la ménopause ?

Et chez les ovariotomisées, à ménopause hâtivement créée par l'opération, ne retrouve-t-on pas un assez grand nombre d'entre elles ces mêmes symptômes morbides, plus ou moins saillants, plus ou associés entre eux ? Les malades que nous venons de présenter ne sont pas isolées. Il suffit de parcourir les statistiques de certains gynécologues, de Jayle (1) en particulier, pour y trouver les têtes de chapitres suivants sur les résultats possibles de l'ovariotomie : *Adipose, Asthénie neuro-musculaire, Rachialgie et douleurs variées, Troubles mentaux divers.*

N'est-ce pas là une tétrade symptomatique qui rappelle singulièrement celle de Dercum ?

*
* *

Si le syndrome de Dercum s'affirme à l'avenir comme une modalité de l'obésité en général, et plus particulièrement d'une modalité de l'obésité glandulaire génitale, par insuffisance ovarienne, il sera intéressant d'étudier de plus près, dans les autopsies de telles malades, la glande ovarienne au point de vue anatomo-pathologique, et de tenter d'une façon plus systématique et plus prolongée qu'on ne l'a fait

1. Jayle. Effets physiologiques de la castration chez la femme. (*Revue de gynécologie*, 1897, 1898, 1899. Mémoire à l'Académie de médecine, 1898.)

jusqu'ici l'opothérapie ovarienne. La réussite de cette médication serait en faveur de la pathogénie ovarienne. Son échec n'irait pas à l'encontre. Ne connaissons-nous pas les insuccès à peu près constants de l'opothérapie surrénale au cours du syndrome addisonien et de l'opothérapie pituitaire au cours de l'acromégalie? »

Discussion :

M. Louis Rénon. — J'ai observé avec M. Arthur Delille plusieurs cas de maladie de Dercum développés avec la ménopause.

Nos malades, en plus de l'insuffisance ovarienne, présentaient aussi de l'insuffisance thyroïdienne, et nous avons pu obtenir des améliorations pour l'opothérapie associée thyro-ovarienne. Il aurait donc intérêt à essayer cette médication chez la malade de Sicard.

M. Souques. — J'ai observé, il y a une douzaine d'années, une jeune femme de 28 ans qui avait subi la castration double, et chez laquelle était survenu, un an après, un syndrome adipeux analogue à la maladie de Dercum. Mais contrairement au cas de M. Sicard, il s'agissait d'adipose peu douloureuse.

CONCLUSIONS

I. — Les faits cliniques expérimentaux reproduits dans ce travail nous conduisent à conclure qu'il y a une obésité d'origine génitale.

II. — Tous les médecins depuis Hippocrate ont insisté sur le lien qui existe entre l'obésité d'une part et les troubles menstruels ou la stérilité d'autre part.

III. — Au cours des principales périodes de la vie génitale de la femme : puberté, mariage, grossesse, allaitement, ménopause, on constaste un ralentissement de la nutrition qui favorise l'accumulation des surcharges graisseuses.

Ces faits coïncident avec des troubles dans le fonctionnement de l'ovaire.

IV. — L'expérimentation et la castration chirurgicale chez la femme ont démontré en partie le mécanisme de l'obésité génitale.

Grâce à l'absence des glandes génitales qui sont de véritable stimulants des échanges nutritifs proba-

blement par l'action de leur sécrétion interne, les oxydations dans l'organisme sont ralenties. Et l'opothérapie ovarienne a en effet la valeur d'un acte expérimental : elle relève et active la nutrition chez les ovariotomisées.

L'adipose douloureuse apparaît presque exclusivement chez la femme et vers l'âge de la ménopause naturelle qui est dans ces cas souvent précoce et qui s'installe brusquement.

VI. — Chez de très jeunes femmes ayant subi la castration ovarienne on voit se développer tous les signes morbides caractéristiques du syndrome de Dercum.

VII. — Il nous semble donc qu'au moins dans certains cas on puisse assigner comme cause à la maladie connue sous le nom d'adipose douloureuse non une perturbation thyroïdienne, mais une insuffisance ovarienne.

Vu : le Président de la thèse
GILBERT

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

AUVARD. — Influence de la puerpéralité sur l'obésité. *Gaz. des hôp.*, 1888.

BAILLY. — Traitement des ovariotomisées. Considération physiol. sur la cast. chez la femme. *Thèse Paris*, 1871.

BERGER. — Castration et élimination des phosphates. Thèse Griesswald, 1903.

BERKOVITCH. — Voy. Sicard.

BOUCHARD. — Maladies par ralentissement de la nutrition. Paris, 1882.

BOUJU. — Lipomes multiples. *Thèse Paris*, 1892.

BOUIN. — La glande à sécrétion interne de l'ovaire. *Revue méd. de l'Est*, 1902, 462.

BROWN-SÉQUARD. — Comptes rendus, *Soc. de Biologie*, 1888.

BURR (Ch.-W). — A case of adiposis dolorosa with necropsy. *The journal of nervous and mental diseases*, 1900, p. 516.

CARNOT. — Sur divers types pathogéniques de l'obésité. *Bulletin médical*, 25, 26, 1906.

CARNOT ET DEFLANDRE. — C. R. *Soc. Biol.*, 1903.

CHARRIN. — Leçons de pathologie appl. à la clin. Paris, 1897. *Soc. de Biol.*, 13 déc. 1897.

CARRIN ET JARDRY. — Action de l'ovaire sur la nutrition. *C. R. acad. Sc.*, 1906, 18 juin.

Cornevin. — Traité de zootechnie générale. Paris, 1891.

Curratullo et Tarulli. — Sur la secrét. int. de l'ovaire. *Ann. d'obst. et de gyn.*, 1896.

Currier. — The influence of obesity in young women upon the menstruel and reproductive fonction. *Med. News*. Phila., 1888, p. 172.

Dalché. — Distrophie ovarienne. *Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1901, p. 1157.

Dancel. — Traité théor. et pr. de l'obésité. Paris, 1863.

Dardonville. — Dissertation sur l'obésité. *Thèse Paris*, 1811.

Dartigue et Bonneau. — Lipomatose monstrueuse. *Nouv. incon. de la Salpêtrière*, 1899, p. 217, avec 4 photographies.

Debove. — Adipose douloureuse. *Presse méd.*, 1901, p. 25.

— Œdème segmentaire, *ibid.*, 1902, p. 43.

Mlle Deflandre. — Fonc. adipogénique du foie. Thèse ès science, 1903.

Demange. — Pathogénie de la chlorose et opoth. ovar. *Thèse Nancy*, 1898.

Demange. — Art. obésité in dict. de Dechambre.

Dercum. — *University medical Magasine*, décembre 1888.

— Adiposis dolorosa. The american journal of the Medical Sciences, novembre 1892.

Drevet. — Thérapeutique par le corps jaune de l'ovaire. Thèse Paris, 1907.

Fedoroff. — Sur la sécrétion int. de l'ovaire. Wratch, 1897, p. 734.

Feré (Ch.). — Adipose douloureuse. *Médecine moderne*, 28 déc. 1898.

— Adipose doul. localisée, août 1901. *Revue de médecine*.

Flocard. — Ovariot. chez la vache. Soc. cent. de méd. vétér., 1899, p. 493.

Gautier. — La fonction menstruelle et le rut chez les animaux. C. R. Académie des sciences de Paris, 1900.

Gilbert. — Traité de méd. Charcot Bouchard : art. chlorose. Cause de la chlorose. *Congrès de Moscou*, 1897.

[illegible]. — Arch. f. gynek. Bd. XXXV, [illegible].
[illegible]. — [illegible]. Thèse Paris, [illegible].
[illegible]. — Wratch, [illegible], n° 1.
[illegible]. — [illegible]
[illegible]. — [illegible] and mental diseases, [illegible], p. [illegible].
[illegible]. — [illegible]. Thèse Paris [illegible].
[illegible]. — [illegible] de gynéc. et de chir. abd. [illegible] juin [illegible].
— [illegible]. Rev. gyn. et ch. abd., [illegible].
[illegible]. — [illegible]. Thèse Paris. [illegible].
[illegible]. — [illegible]. Congrès pour l'avan. des sciences. Paris. [illegible] p. [illegible].
[illegible]. — [illegible] med., [illegible] graphiques.
[illegible]. — [illegible]. Doc. méd. Berl., déc., [illegible].
[illegible]. — [illegible]
— [illegible] med. [illegible] p. [illegible].
[illegible]. — [illegible]. Thèse Paris, [illegible].
[illegible]. — [illegible] p. [illegible].
[illegible]. — [illegible]. Actualité médic. [illegible].
[illegible]. — [illegible]. Thèse Paris, [illegible].
[illegible]. — [illegible]
[illegible]. — [illegible] de l'Ovaire, Arch. génér. de méd. Paris, [illegible] p. [illegible]; rapport [illegible]
— [illegible] de l'Ovaire, [illegible] de méd. de Paris. [illegible] p. [illegible].
[illegible]. — [illegible]
[illegible]. — [illegible]

Mac Kee (E.-S.). – Obesity in its. relation to menstruation and conception. *Am. J. obst. N.-Y.*, 1891.

Magnus-Lévy. — Ueber die Grösse des respirat. Gaswechsels unter Einflusse der Nahrungsaufnahme. Pfluger's Archiv LV, 1, 1893.

Matchinsky. — *Annales de l'Institut Pasteur*, n° 3, p. 113. De l'atrophie des ovules dans les ovaires.

Maurel. — Rapport sur l'obésité. *Congrès de Paris*, 1904.

Milian. — Pseudo-lipomes et lipomes multiples. *Gaz. des hôp.*, nov. 1895.

Oceanu et Babes. — Effet physiol. de l'ovariot. chez la chèvre. C. R. *Acad. des Sciences*. Paris, 1905, p. 172.

Parhon et Goldstein. — Antagonisme entre l'ovaire et la gl. thyroïde Soc. biol., 28 février 1903, p. 281.

Raciborski. — Traité de menstruation. Paris, 1868.

Raige-Delorme. — Dict. en 30 volumes ; art. Polysarcie.

L. Renon et J. Heitz. — Adip. doul. *Rev. de neurol.*, 1901, p. 704.

Richardière et Sicard. — Art. Obésité in Traité de Brouardel et Gilbert.

Rodriguez (J.-M.). — Algo observado en Mexico acerca de la influencia que la obsedidad ejerce en la menstruation, conception, embargo parte y perperio. *Gaz. med. Mexico*, 1891.

Roubeaud. — Traité de l'impuis. et de stérilité chez l'homme et chez la femme. Paris, 1855.

Sellerin. — Adipose douloureuse. Thèse Paris, 1903.

Sicard et Roussy. — Deux cas d'adipose doul. à la suite de l'ovariotomie. Soc. méd. hôp., 1903, 26 oct., p. 1068.

Sicard et Berkovitch. — Adipose douloureuse de Dercum par insuffisance ovarienne. Ses relations avec l'obésité d'origine génitale. *Soc. méd. hôp.*, 24 juin 1908.

Silva. — Physiopathologie de la menstruation. *Arch. ital. de biologie*. Turin, 1896.

Spilmann et Estienne. — Trait. de la chlorose par ovarine. 3e *congrès de médecine de Nancy*, 1896.

Tziklice. — Insuf. ovar. et greffe ovarienne. *Thèse Paris*, 1907.

Vereecke. — Des échanges org. dans leurs rapports avec la menstr. *Gaz. de gynec. de Paris*, 1897, p. 316-318.

Vinay. — Ménopause. Paris, 1908.

Walter. — Diss. de obesis et voracibus, corum vitæ incommodis atque morbis. Lausanne, 1734. Et *in Haller* Disp. anat. III, VIII, p. 97.

Wortmington. — De l'obésité. *Thèse Paris*, 1875.

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Introduction. 9

CHAPITRE I. — Historique. 11

CHAPITRE II. — Conditions étiologiques dans lesquelles on observe l'obésité génitale. 21

A. — *Obésité aux différentes périodes de la vie génitale de la femme*. 21

B. — *Obésité des ovariotomiées* 31

C. — *Observations*. 38

CHAPITRE III. — Rapports de l'obésité génitale de la femme avec l'adipose douloureuse. . . . 53

Observations. 62

Conclusions. 89

Bibliographie. 91

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris